FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1962 N° 13

TITRE DE LA THÈSE

Contribution à l'Etude des Conséquences Professionnelles du Traumatisme Cranien

(Résultat d'une Enquête Portant sur 338 Cas)

THÈSE

présentée
à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 30 Janvier 1962
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Jacques FAURE
Interne des Hôpitaux
né le 4 Août 1932
à BOURG-D'OISANS (Isère)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550012_0018

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1962 N° 13

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

TITRE DE LA THÈSE

Contribution à l'Etude des Conséquences Professionnelles du Traumatisme Cranien

(Résultat d'une Enquête Portant sur 338 Cas)

THÈSE

présentée
à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 30 Janvier 1962
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Jacques FAURE
Interne des Hôpitaux
né le 4 Août 1932
à BOURG-D'OISANS (Isère)

Faculté Mixte de Médecine
& de Pharmacie de LYON

PERSONNEL de la FACULTE

M.J. LEPINE : Doyen Honoraire
Membre de l'Institut

M.H. HERMANN : Doyen
Correspondant de l'Institut

MMrs: M. LEVRAT Assesseur
L. REVOL, Assesseur

Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM. HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-Psychiatrique et Hygiène Mentale
ROCHET	Thérapeutique Chirurgicale et Chirurgie Opératoire
CHAMBON	Chimie Organique et Toxicologie
WERTHEIMER	Clinique Chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique Médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie Cardio-Vasculaire
CROIZAT	Clinique Médicale C
ENSELME	Clinique Biologique et Médicale
MALLET-GUY	Clinique Chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de Chirurgie Orthopédique et de Chirurgie Infantile
REVOL	Pharmacie Galénique et Matière Médicale
POLLOSSON	Clinique Gynécologique
PIGEAUD	Clinique Obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique Médicale A
SOHIER	Hygiène et Action Sanitaire Sociale
DUCLOS	Clinique Stomatologique
BERNHEIM	Clinique Médicale Infantile et Hygiène du Ier Âge
JOURDAN	Biologie Médicale et Pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et Cryptogamie
BERTRAND	Clinique Chirurgicale C
BADINAND	Chimie Analytique Pharmaceutique
ROCHE	Médecine Légale et Déontologie
COUDERT	Parasitologie et Pathologie Exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie & d'Audio-Phonologie
PAUFIQUE	Clinique d'Ophtalmologique
THIERS	Clinique de Dermatologie, syphiligraphie et Allergologie
BRUN	Clinique de Pneumo-Phtisiologie
CREYSSEL	Clinique Traumatologique des Membres
DARGENT	Cancérologie
GUICHARD	Anatomie Pathologique
Girard Paul	Pathologie Générale et Expérimentale
LATARJET	Anatomie

MM.	PEYCELON	Pathologie Chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie Médicale
	GALY	Physio-pathologie des Voies Respiratoires
	KEHL	Histologie et Embryologie
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des Maladies Infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie Sociale
	MONNET	Bactériologie

Professeurs à Titre Personnel

BERGER	Physique Nucléaire appliquée à la Médecine
DORCHE	Technologie Pharmaceutique

Professeurs sans Chaire

BANSSILLON	Obstétrique	CHATONNET	Physiologie
ROMAN	Parasitologie	CIER André	Pharmacie Chimique & Pharmacologie
BERTOYE	Bactériologie		
CIER J. François	Physiologie	PERROT	Chimie organique & toxicologie.

Maitres de Conférences Agreges

Médecine

FEROLDI	Anatomie Pathologique
CREYSSEL Roger	Chimie Biologique et Médicale
DUROUX Emile	Anatomie
BRETTE René	Thérapeutique
DUMONT Louis	Histologie
THIVOLLET Jean	Hygiène
GARIN Jean Paul	Parasitologie
MORET Robert	Physique
BOUCHET Alain	Anatomie
TOMMASI Michel	Anatomie Pathologique
RIFFAT Georges	Hygiène
JOUVET Michel	Pathologie Expérimentale
FAVRE-GILLY Jean	Hématologie

Pharmacie

ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie
MALLEIN René	Chimie Analytique
GRAS Jean	Chimie Biologique
PEYRIN Jean-Ollivier	Physique

Agrégés en Exercice

MM.	MATHIEU Jacques	Obstétrique
	MARION Joseph	Orthopédie
	GUINET Paul	Médecine Générale
	PONT Maurice	Médecine Générale

MM. VIGNON Georges	Médecine Générale
REVOL Louis	Médecine Générale
PLAUCHU Marcel	Médecine Générale
TRAEGER Jules	Médecine Générale
MARION Pierre	Chirurgie Générale
MICHAUD Pierre	Chirurgie Générale
JAUBERT de BEAUJEU Michel	Chirurgie Générale
SAUTOT Jean	Chirurgie Générale
GUILLEMIN Georges	Chirurgie Générale
BURTHIAULT René	Obstétrique
GIGNOUX Marcel	Oto-Rhino-Laryngologie
FRANCOIS René	Pédiatrie
FREIDEL Charles	Stomatologie
DEVIC Michel	Médecine Générale
DESPIERRES Charles	Médecine Générale
de MOURGUES Georges	Chirurgie Générale
FRANCILLON Jacques	Chirurgie Générale
SAUBIER Eugène	Chirurgie Générale
COLOMB Daniel	Dermatologie
COLIN Marcel	Médecine Légale
TOLOT François	Médecine du travail
GUYOTAT Jean	Neuro-Psychiatrie
SCHOTT Bernanrd	Neuro-Psychiatrie
DUMONT Martial	Obstétrique
BONAMOUR Georges	Ophtalmologie
DURAND Louis	Urologie
GARDE Alexandre	Médecine Générale
PERRIN André	Médecine Générale
LARBRE François	Médecine Générale
MORNEX René	Médecine Générale
NORMAND Jean	Médecine Générale
MARET Gilbert	Chirurgie Générale
DESCOTES Jacques	Chirurgie Générale
CHASSARD Jean-Louis	Electro-Radiologie
ALLEGRE Georges	Neuro-Chirurgie
HUGONNIER René	Ophtalmologie
FAYSSE Robert	Orthopédie
GAILLARD Jean	Oto-Rhino-Laryngologie
KALB Jean-Claude	Pneumo-Phtisiologie

Examinateurs de la Thèse :

Président :.... M. BOURRET

Assesseurs:.... M. TOLOT

M. COLIN

M. CAU

A ma FEMME

Sa tendre affection est notre soutien le plus précieux.

Qu'elle veuille bien trouver dans ce travail l'expression de notre amour profond.

A mon PERE

L'exemple de sa vie est pour nous l'image même de la grandeur d'une vocation de Médecine.

Que son dévouement, sa bonté, son amour profond des hommes demeurent toujours notre meilleur guide.

Puisse ce travail exprimer une faible part de notre admiration et de notre amour filial.

A ma MERE

Qu'elle trouve ici la reconnaissance profonde de son enfant, pour l'amour qu'elle lui a prodigué avec tant de douceur.

A ma TANTE M.L. FAURE

Elle a pour beaucoup contribué à notre formation. Nous ne pourrons jamais assez l'en remercier.

Que ce travail soit une marque de notre reconnaissance.

A mes FRERES

Ils sont mes meilleurs amis.

A mes BELLES-SOEURS

A mes ONCLES, a mes TANTES

A tous mes PARENTS et AMIS

A Max MICOUD

Notre fidèle compagnon d'étude, sans le dévouement de qui ce travail n'aurait jamais vu le jour.

A mes CAMARADES d'EXTERNAT et d'INTERNAT

A notre PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BOURRET
Professeur de Médecine du Travail

Il nous a fait le grand honneur de bien vouloir présider notre Jury de Thèse .

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé CAU

Professeur Agrégé de Médecine Légale et de Médecine du Travail à l'Ecole Nationale de Médecine de Grenoble.
Médecin des Hôpitaux de Grenoble.

Au cours des mois trop peu nombreux que nous avons passés auprès de lui, il nous a appris que tout ce qui touche l'homme mérite notre enthousiasme.

Par la clarté de son esprit, son sens rigide du devoir, sa patience inlassable, il est pour nous le guide sûr et sans défaillance que nous avons toujours souhaité rencontrer.

Nous l'assurons de notre attachement fidèle et respectueux et nous lui exprimons toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé TOLOT

Professeur Agrégé de Médecine Légale et de Médecine du Travail .
Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Monsieur le Professeur Agrégé COLIN

Professeur Agrégé de Médecine Légale et de Médecine du Travail.

Ils nous ont fait l'honneur d'accepter de faire partie de notre Jury de Thèse.

Nous les en remercions respectueusement.

A Monsieur le Professeur ROGET

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Directeur de l'Ecole Nationale de Plein Exercice de Médecine et de Pharmacie de GRENOBLE.

Son sens clinique et l'étendue de ses connaissances furent pour nous de précieux exemples.

Nous lui rendons hommage de nous avoir toujours manifesté tant de sollicitude.

A Monsieur le Professeur REBOUD

Professeur de clinique Obstétricale.
Médecin des Hôpitaux de Grenoble.

Nous fûmes chez lui à l'Ecole du Bon Sens et de l'Observation Clinique.

Pour son enseignement si patient nous lui demandons d'accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur FLANDRIN

Médecin des Hôpitaux de Grenoble.

Son accueil et sa compréhension furent celle d'un père. Il nous guida lors de nos premiers pas d'externe et nous fit découvrir les liens profondément humains qui lient le patient et son Médecin.

A Monsieur le Professeur MAZARE

Professeur de Pathologie Médicale
Médecin des Hôpitaux de Grenoble.

Il sut avec patience et clarté nous infuser un esprit critique ouvert à tous les problèmes scientifiques et humains qui abordent journellement le Médecin.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre admiration et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BONNIOT

A Monsieur le Professeur CABANAC

A Monsieur le Professeur CALAS

Ils ont mis aimablement à notre disposition les dossiers de leur service, qui nous ont permis l'élaboration de notre Thèse.

Qu'elle soit l'expression de notre respectueuse gratitude .

A nos MAITRES dans les HOPITAUX

-:-:-:-:-

E X T E R N A T

Professeur ..... CABANAC
Docteur .....MAITREROBERT
Docteur ..... FLANDRIN
Professeur ..... ROGET
Professeur ..... GRANDMAISON
Professeur ..... CONTAMIN
Professeur ..... MAZARE

I N T E R N A T

Professeur ..... REBOUD
Professeur ..... FAU

En Hommages Respectueux.

A nos Conférenciers d'EXTERNAT

Docteur .....COUPPIE
Docteur .....COUDERC

A nos Conférenciers d'INTERNAT

Docteur .....COUPPIE
Docteur .....COUDERC
Docteur .....MARTIN
Docteur .....BUTEL

Ils nous ont consacré le meilleur d'eux-mêmes.

Qu'ils trouvent ici un faible témoignage de notre reconnaissance que rien ne pourra altérer.

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

" Que ce soit le Médecin traitant, l'Expert, le Médecin de Sécurité Sociale, le Médecin du Travail, tous sont vis à vis du traumatisé crânien, dans une position d'inconfort et souvent d'indécision qui en fin de compte est très préjudiciable au blessé lui-même, puisque, plus qu'ailleurs il faut une atmosphère de compréhension et de confiance, une collaboration sans arrière pensée, pour une bonne réadaptation au travail et une réinsertion sociale satisfaisante". (M.M. GERAUD J., BOURRET J., HURON R., BARRERE L. et CAVALIES B. VI° Journées Nationales de Médecine du Travail - Toulouse I960).

Cette " position d'inconfort et souvent d'indécision " nous l'avons nous aussi ressentie et dans l'essai d'y porter remède, au cours de l'année I960, nous avons entrepris la présente enquête, en nous plaçant sur un plan un peu différent de celui de la majorité des travaux jusqu'alors publiés sur ce sujet.

Il nous a semblé que par, désir d'objectivité, les études actuelles négligeaient quelque peu la position et l'avis du traumatisé crânien lui-même, alors qu'un certain nombre de points, tels que salaire, vie familiale, vie sociale etc..., ne pouvaient être connus, que par un contact direct avec le traumatisé

La notion d'handicap professionnel lié à un traumatisme crânien antérieur, repose avant tout sur une appréciation spécialisée des séquelles par l'homme de l'Art. Le problème de l'activité professionnelle et sa solution dans le domaine pratique pour le traumatisé crânien, laissent dans l'ombre les bases de réussite ou d'échec, faute de la méconnaissance de l'individu, de son mode de vie. Il importait de connaître l'opinion de ces malades, pour tenter d'en dégager une conduite médicale humaine face aux écueils de l'encéphalose.traumatique.

Devant l'impossibilité matérielle d'interroger un à un, un nombre suffisant de traumatisés crâniens, nous avons décidé, sans nous sceller les difficultés et les aléas d'une telle entreprise d'envoyer un questionnaire.

Il nous fallait cependant tenter de remédier quelque peu à la trop grande subjectivité de la méthode. Nous savions que des réponses seraient fortement influencées par le désir d'aggraver les troubles et les causes non personnelles, alors que, les facteurs personnels seraient minimisés au maximum.

Dans ce but, nous avons choisi nos sujets parmi les blessés ayant été hospitalisés à la suite de leur traumatisme crânien dans l'un des trois services de chirurgie du Centre Hospitalier Régional de GRENOBLE : Pavillon Canel : Professeur BONNIOT; Pavillon Brenier Professeur CABANAC; Pavillon Latreille : Professeur CALAS. Ce choix nous permet de disposer d'une observation médicale complète, tant clinique que radiologique et électroencéphalographique, venant corriger éventuellement les réponses au questionnaire. De plus une lettre explicative fut jointe au questionnaire pour tenter d'éliminer de l'esprit des sujets, toute idée de revendication ou de revalorisation d'une incapacité permanente partielle éventuelle.

Notre étude se place essentiellement sur le cadre de la Médecine du travail, éliminant tous les blessés de moins de I7 ans âge théorique de la fin de l'apprentissage, et de plus de 70 ans âge de la retraite.

Nos observations concernent les traumatisés du crâne, hospitalisés entre le début de l'année I954 et la fin de l'année I959 période arbitrairement choisie dans l'optique que le traumatisme ne fût pas trop ancien pour estomper les détails présents à la mémoire des anciens blessés, et pas trop récent pour avoir un certain recul dans l'appréciation des conséquences durables de ce traumatisme. Tous nos cas ont présenté une perte de connaissance immédiate de quelques minutes au moins.

Plus de la moitié des observations hospitalières durent être éliminées, soit parce qu'elles ne correspondaient pas aux normes que nous nous étions fixées, soit parce qu'elles étaient incomplètes , ne comportant pas d'adresse notamment. Nous avons retenu I.500 cas, et à chacun d'eux avons envoyé un questionnaire (Un modèle a été placé en tête du chapitre II.

La mise au point du questionnaire fut assez laborieuse. Quelles étaient les questions auxquelles les anciens blessés étaient susceptibles de répondre ? Surtout, sous quelle forme les rédiger? De nombreuses expériences faîtes directement auprès d'anciens malades, à l'occasion de consultations ou de nouvelles hospitalisations, furent réalisées et permirent d'adapter la rédaction du questionnaire au niveau intellectuel de cette catégorie d'accidentés. Malgré cela, quelques questions ne furent pas bien comprises et rendirent le dépouillement plus délicat. La majorité des réponses présentèrent des critères de bonne foi, d'honnêteté et révélèrent même une coopération dans l'établissement de l'enquête.

Cinq cents réponses, soit 33% nous sont parvenues. L'important déchet de non-réponses découle surtout de très nombreux retours par libellé d'adresse non concordant. L'absence de stabilité dans le logement est indépendant du traumatisme crânien car cette instabilité existe dans toute l'agglomération Grenobloise fonction de l'extension de la ville et de la construction constante de nouveaux immeubles. Malgré un recoupement près des Organismes de la Caisse Primaire de Sécurité sociale il n'a pas été possible de préciser nombre d'adresses dîtes inconnues.

Cent soixante deux furent encore rejetées car trop incomplètes ou trop fantaisistes.

Notre étude porte donc sur 338 cas se décomposant en : 247 hommes et 9I femmes âgées de I7 à 70 ans et ayant subi au

cours des six années précedentes un traumatisme crânien avec perte de connaissance.

Les résultats de l'enquête furent transcrits sur des fiches perforées grâce à l'amabilité du service mécanographique des Etablissements Merlin-Gerin. Cette solution a permis une étude rapide et détaillée des différents facteurs en fonction les uns des autres :

- Salaire en fonction de l'âge, du sexe et du rendement.
- Reclassement en fonction de l'âge, du sexe et de l'estimation de guérison etc...

Au terme de cette enquête, nous avions donc en mains pour chacun de nos 338 cas :

Premièrement : une observation médicale complète comprenant : l'examen clinique, les radiographies du crâne, l'électroencéphalogramme pratiqué systématiquement au 21° jour suivant le traumatisme, les examens complémentaires que l'état du malade avait éventuellement nécessité, les comptes rendus des consultations ultérieures en chirurgie ou neuro-psychiatrie.

Deuxièmement : un questionnaire rempli par l'intéressé, sans pression aucune, sans interprétation autre que la sienne.

Nous nous limiterons dans cette thèse à l'analyse de ce questionnaire réservant à des travaux ultérieurs, l'étude comparative du point de vue du médecin et de celui du patient.

Nous rappellerons tout d'abord, quelle est la position des auteurs Etrangers et Français sur le traumatisé crânien : Est-il ou non un handicapé physique ? Dans quelle mesure ? Pour quelles raisons ?

Une brève étude sera consacrée par la suite aux moyens légaux et matériels, qui sont à la disposition du Médecin pour lutter contre cet handicap.

Nous apporterons alors les résultats de notre enquête en étudiant :

- Ce qu'était le traumatisé crânien avant son accident;
- Les causes de cet accident;
- Ses conséquences sur : la personnalité, le travail, la vie familiale, la vie sociale du traumatisé crânien.

Enfin, nous achèverons cet exposé en donnant les mesures médicales et médico-légales, qui nous semblent propres à créer " cette atmosphère de compréhension et de confiance, cette collaboration sans arrière pensée, nécessaire à une bonne réadaptation au travail et à une réinsertion sociale satisfaisante ".

-:-:-:-:-:-:-:-

- C H A P I T R E I -

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

I - LES PROBLEMES MEDICAUX ET HUMAINS POSES PAR LE TRAUMATISME CRANIEN.

A) Le Traumatisé crânien est-il un diminué physique ?

De multiples travaux et publications concernent les traumatisés crâniens. Cette abondance de travaux spécialisés, née de l'importance tant numérique que médicale de la traumatologie cranienne en ce monde moderne, met bien en évidence le fait que le traumatisé crânien présente des aspects particuliers dans l'incapacité où il se trouve bien souvent de poursuivre son travail antérieur.

E. HILBOM dans une réunion d'experts à HELSINKI en 1958 déclare :" Lorsque l'on examine un traumatisé crânien, il est toujours difficile de déterminer son dégré d'incapacité au travail car on ignore le rôle que joue l'attitude même du malade vis à vis de sa maladie, l'opinion qu'il a de son accident et l'influence de celle-ci sur ses possibilités de travail, l'importance qu'il accorde à ses troubles et aux souffrances qu'ils entraînent ", déclaration qui résume les problèmes posés par le traumatisé crânien.

Les auteurs s'accordent pour admettre qu'une certaine proportion de traumatisés crâniens sortent indemmes de leur traumatisme :

WERTHEIMER fait état d'un pourcentage de 32,5% de trauma-

tisés crâniens sans séquelles et de 45 % de cas avec des séquelles définitives.

B) Dans quelle mesure ?

Les auteurs distinguent les séquelles organiques définitives et les séquelles faisant suite au syndrome post-commotionnel.

I°) Les séquelles neurologiques.

Minimisées par certains tels que PUECH qui n'en relève que 6,7 % les séquelles neurologiques sensorielles plus que motrices, subsistent avec une fréquence d'environ 30 % ainsi qu'il en ressort de travaux plus récents : 26 % pour PINGOUD, 30 % pour DERRIENIC, 35 % pour TOURAINE. Cette dernière dans sa Thèse basée sur 500 traumatisés crâniens dresse un tableau détaillé de ces séquelles.

Troubles de la vision	Cécité unilatérale	I,6%
	Troubles généraux de la vue	I4,8%
Surdité		4,8%
Anosmie		5,4%
Perte du goût	Partielle	2,8%
	Totale	I,6%
Anesthésie d'une partie du corps		4,6%
soit au total 35,6% de troubles neurologiques.		

2°) L'Epilepsie constitue une séquelle importante tant par sa fréquence, que par les difficultés qu'elle entraîne pour la réadaptation au travail et ses incidences famiales.

La fréquence de l'épilepsie post-traumatique est diversement appréciée selon les critères de diagnostic. Les pourcentages donnés par les auteurs varient selon ELVINDGE, de 0,5 à 30 %, HARRIES donne. de 3 à 5% FAURE 36% d'épileptiques. Les derniers chiffres publiés aux VI Journées Nationales de Médecine du Travail de TOULOUSE en Octobre I960 sont de I8% d'épilepsie post-traumatique sur 500 cas.

L'E.E.G. présente des anomalies dans 50 à 60% des cas selon VERGNAS qui a étudié 500 observations. FLOTTES, PASQUET, PICARD ne trouvent, eux, que 28% de tracés normaux. THIEBAUT, ROHMER, ISRAEL après l'étude de 503 observations relèvent un pourcentage de 45% de tracés pathologiques dans les 30 jours qui suivent le traumatisme. Mais suivant l'évolution de l'E.E.G. dans le temps ils constatent le caractère lentement régressif des anomalies.

La régression s'effectue ainsi:

45% de tracés sont pathologiques dans le premier mois.
Au troisième mois 37,5% des tracés sont encore pathologiques.
A la fin de la première année 35% sont toujours perturbés.
Après 2 ans 27,5%
Après 3 ans 2I,4%

Enfin I5 à 20% conservent des anomalies jusqu'à 5 et I0 ans ou plus après le traumatisme.

La meilleure connaissance de l'epilepsie traumatique, l'apport de l'électroencéphalographie ont contribué à élever la

la fréquence de cette séquelle sans y découvrir d'obstacle plus important à l'activité professionnelle, ainsi que l'affirmait le Professeur RISER aux VI° Journées de Médecine du Travail.

3°) Les troubles psychiatriques post-traumatiques, fournissent pour PETERSON 0,4% des malades entrant en Hôpital psychiatrique PUECH distingue deux groupes :

a) les atteintes psychiques précoces et passagères dans 40% des cas, n'intéressant que les premières journées;

b) les atteintes psychiques tardives dont le taux varie de I à I0%.

Pour HILBOM sur 4I5 observations prises au hasard parmi 3.000, on note des troubles mentaux dans I60 cas, soit 39%. De tels chiffres nécessiteraient interprétation, et sur le caractère des troubles mentaux, et sur le rôle causal du traumatisme crânien dont l'effet peut être direct ou non, révélateur, déclanchant ou aggravant. L'impossibilité de surmonter l'handicap séquellaire ne peut que contribuer à l'apparition de troubles psychiatriques.

Enfin l'élément le plus difficile à étudier mais aussi le plus fréquent est :

4°) Le syndrome post-commotionnel.

a) Fréquence de ses principales manifestations :
GERAUD, BOURRET, HURON, BARRERE et CAVALIE donnent les chiffres suivants :

Céphalée	84,7%
Troubles du caractère	63,6%
Troubles de la mémoire	60,I%
Sensation d'instabilité.....	64,5%

Asthénie	54,/ %
Troubles du sommeil	50,6%
Vertiges	48 %
Eblouissements	46 %
Bourdonnements	43,I%
Inpuissance	II,4%

Les pourcentages donnés par BARRE sont un peu moins élevés.

b) Fréquence d'apparition : elle varie de 30% (P.MARIE) à 70% (MAISONNET et PETIT-DUTAILLIS), RUSSEL donne 6I%, c'est le chiffre qui semble le plus couramment admis à l'heure actuelle.

c) Indemnisation moyenne.

Quelle est l'indemnisation moyenne accordée aux sujets qui présentent un syndrome post-commotionnel ?

Pour J. FAURE, au départ l'I.P.P. est trop basse dans "les syndromes subjectifs post-commotionnels"mais avec E.E.G. normal, trop élevé dans la commitialité bien équilibrée pauvre en signes subjectifs.

L'évaluation de l'incapacité du syndrone post-commotionnel varie avec la modalité de réparation ce qui entraîne un éventail assez largement ouvert. Plutôt que de retenir les chiffres avancés lors du Congrès International d'Oto-neuro-ophtalmologie tenu à LILLE en I958 sur les séquelles centrales du traumatisme crânien dans le rapport du Professeur MULLER, il est nécessaire de s'en tenir aux données découlant des VI° Journées Nationales de Médecine du Travail. Les rapporteurs GERAUD J., BOURRET J., HURON R.,BARRERE L., et CAVALIE B. au cours de leur enquête retiennent un pourcentage moyen d'I.P.P. égal à 25%. Mais il ne s'agit pas de syndromes post-commotionnels

purs. Aussi, admettent-ils comme plus probable le pourcentage donné par PROYARD, un de leurs correspondants, qui trouve, lui une I.P.P. moyenne de I7,5%.

5°) Répercussion sur le travail :

Quelles sont les répercussions des séquelles post-traumatiques sur le travail ?

La connaissance des professions les plus exposées découle de statistiques nombreuses; les unes générales telle que la thèse de M. PINGOUD :

3I% Industries du Bâtiment
2I% Industries Métallurgiques
I0% Manoeuvres.

Ces autres plus limitatives telle que la thèse de B. CHARTON sur les traumatismes crâniens survenus au port de STRASBOURG :

- les manoeuvres (dockers) représentent 53% des accidentés alors que cette catégorie de travailleurs ne constitue que 36% de l'effectif total du port.

- Les grutiers 7% des accidentés, 3,6% de l'effectif.

- Les chauffeurs poids-lourds I0% des accidentés, 4,4% de l'effectif.

Le devenir du niveau professionnel des accidentés est demeuré dans l'ombre faute d'étude systématique. Les problèmes du traumatisme crânien fixés sur la thérapeutique, sur l'évaluation des séquelles et leur réparation, débordent le plan médical ou médico-légal pour s'ouvrir à l'aspect socio-professionnel, c'est-à-dire aux possibilités réelles de vie d'un tel blessé. Cependant dans l'introduction à " l'Etude comparative sur la réadaptation des blessés crâniens "publiée en I956 par la Fédération Mondiale des

Anciens Combattants, il était précisé que :

" Les blessés crâniens peuvent être classés parmi les plus grandes victimes de guerre. Bien que leurs blessures ne se révèlent le plus souvent, par aucun signe extérieur elles peuvent entraîner des douleurs et autres troubles qui mettent l'individu dans l'impossibilité d'exercer un travail régulier".

Il en ressort une confirmation dans les chiffres donnés aux VIe Journées Nationales de Médecine du Travail à TOULOUSE en I960.

35% des traumatisés ont vu baisser leur niveau professionnel.
50% n'ont pas subi de variation de niveau
I5% ont eu une élévation de leur niveau professionnel.

Ces chiffres établissent clairement que pour au minimum 35% des travailleurs ayant subi un traumatisme crânien, cet accident constitue un handicap dans leur activité de travail, entraînant une diminution de leur niveau professionnel . Un tel pourcentage justifie tout essai d'analyse pour en dégager les facteurs, pour s'efforcer d'en limiter l'importance, d'autant qu'à en croire CHARTON tout traumatisé crânien porte en lui-même une potentialité plus grande d'accidents : alors que la moyenne générale s'établit sur l'ensemble des salariés du port de STASBOURG à 0,25 Accident du Travail par sujet et par an.

Cette fréquence atteint 0,45 A.T. / sujet / An.
après le traumatisme crânien.

Diminuer l'handicap professionnel est la meilleure prévention contre l'insécurité tant au travail que hors du travail.

d) Moyens de prévention des troubles présentés par les anciens traumatisés crâniens.

La première chose que tous les auteurs proposent c'est evidemment, la prévention des traumatismes, prévention qui semble devoir porter surtout sur les traumatismes survenant au cours du trajet. Ils préconisent une diminution de la fréquence du trajet grâce aux cantines, au travail continu (que CHARTON déconseille) aux transports par car etc....

Nous voudrions nous étendre plus longuement sur la prévention des troubles post-traumatiques soins immédiats et éclairés, réadaptation précoce à la lumière d'un bilan complet, psychologique compris, réparation coopérative, réhabilitation volontaire et adaptée sous contrôle médical, définissent les règles actuellement proposées dans la prévention des séquelles d'un traumatisme crânien.

La prévention première porte évidemment sur les soins des premiers jours et même des premières heures. PUECH constate que le nombre des troubles est très augmenté lorsque le traumatisé consulte tardivement.

Chez 368 cas traités dès le début il note I5 cas avec des troubles mentaux graves, II épilepsies tardives, 5 syndromes post-commotionnels importants alors que chez 74I malades consultant tardivement, il note I59 cas avec des troubles mentaux graves, 20I cas avec épilepsies tardives, 267 syndromes post-commotionneles importants.

L'importance des soins dès le premier jour et la nécessité d'un bilan complet sont mis en avant par les Rapporteurs aux VIe Journées Nationales de Médecine du Travail de TOULOUSE.

"C'est par la collaboration de tous à partir du jour de l'accident jusqu'à réinsertion définitive dans le travail que le meilleur résultat peut être atteint".

BILAN PSYCHOLOGIQUE

CHARTON insiste sur le fait que la personnalité même du traumatisé a souvent été modifiée par le traumatisme, que ses goûts et sa capacité professionnelle ont changé et citant DURAND DE BOUSSINGEN il insiste sur l'intérêt des tests "qui permettent une classification de ces malades, et ont des conséquences pronostiques, thérapeutiques et médico-légales".

- Tests de perfomance, verbaux et non verbaux (TERMANN - PENROSE)
- Tests d'attention et mémoire (ZAZZO et TOULOUSE - WEINBERG)
- Tests de personnalité (WOODWORTH et le M.M.P.I.) avec échelle de sincérité, de contrôle d'attention et de dispersion.

M. PINGOUD donne les tests utilisés au centre André LEVEILLE à Paris.

- Epreuves de performance. Intelligence pratique.
- Epreuves de Motricité pure.
- Epreuves de connaissances scolaires.
- Epreuves dites d'employés de bureau.
- Epreuves dites de compréhension mécanique.
- Epreuves dites de compréhension verbale.
- Epreuves d'intelligence générale.

Quelles sont les modifications que les tests permettent de noter chez les traumatisés (DURAND DE BOUSSINGEN)?

- Mémoire immédiate de fixation diminuée dans 75 % des cas.

- Acquisitions se conservent mal dans 60% des cas.
- Difficultés de concentration de l'effort dans 75 % des cas.
- Lenteur opérationnelle dans 50% des cas.
- Fatigabilité intellectuelle et senso-motrice dans 50% des cas.

E. HOESCHEL résume ce que doit être le rôle du Médecin :

"L'opinion médicale doit prévoir de façon aussi nette que possible toute séquelle définitive du traumatisme crânien. Elle fera également état des capacités du sujet en se fondant au besoin sur les examens spéciaux. L'examen neuro-psychiatrique revêt une importance toute particulière, mais il convient de préciser en détail l'état physique : organes sensoriels, organes internes, organes moteurs. On se trouvera bien de compléter ces examens par des tests fonctionnels qui donnent une image des capacités. physiques générales du sujet. Chez beaucoup, cet examen donne une image négative qui indique plutôt ce que le sujet ne peut plus faire. A certains égards, on peut cependant, en tirer des conclusions positives sur ses capacités : définir par exemple ce que ses aptitudes lui permettent de faire, mais dont il est empêché par son infirmité".

CHARTON pense qu'après tous ces examens :
"Muni des éléments de base indispensables fournis par le clinicien, le Médecin traitant ou le spécialiste, nul n'est mieux placé ensuite pour juger des conditions de reprise du travail, que le Médecin du Travail aidé s'il le faut du Chef d'Entreprise, ou de l'Ingénieur". Mais il écrit plus loin "Combien de fois un malade reprend-il son travail sans même que le Médecin de l'Entreprise en soit avisé ? Combien de fois un deuxième accident est-il arrivé avant même que l'ouvrier n'ait revu son Médecin du Travail ?".

PROBLEME MEDICO-LEGAL

MM. GERAUD J, BOURRET J, HURON R, BARRERE L, et CAVALIE B, insistent sur le problème Médico-Légal "intimement lié à la question de la réadaptation au travail; le but à atteindre est d'éviter tout conflit entre l'accidenté et l'organisme public ou privé chargé de l'indemniser. On sait en effet, combien est nocif pour cette variété de blessés cet atmosphère de récrimination, de doute, de frustration".

Pour cela les Auteurs recommandent un certificat initial : "précis, détaillé, devant mentionner les blessures, les plaies constatées, la perte de connaissance et la crise convulsive éventuelle".

Les auteurs demandent : qu'à la reprise du travail, on veille à ce que cette dernière ne soit pas trop précoce et que le traumatisé ne cache pas de séquelles ou de troubles pour pouvoir reprendre un travail qu'exigent des conditions familiales difficiles ou par peur d'un renvoi ou d'un retard dans une promotion espérée ; qu'en cas d'I.P.P. cette dernière soit fixée "proportionnellement au préjudice subi, mais aussi en fonction des capacités restantes d'adaptation au travail et au rendement".

De plus, nécessité d'une enquête sociale, familiale, et professionnelle auprès de l'ancien employeur pour savoir si le traumatisé peut ou non reprendre sa place. Le taux d'I.P.P. doit être fixé de façon rigoureuse car une diminution par la suite est toujours mal acceptée, mal comprise. Enfin, se pose la question de la réadaptation, du reclassement et de la rééducation professionnelle.

Aux VI° Journées Nationales de Médecine du Travail à Toulouse, les rapporteurs proposent que les décisions importantes telles que : date de consolidation, taux d'IPP, envoi dans un centre de rééducation ou de réadaptation,

soient prises par un conseil de trois Médccins,identique au conseil existant pour la Silicose.

Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'une réadaptation trés précoce au lit du malade : "Il ne faut pas donner l'inpression au sujet qu'il est abandonné, notamment sur le plan professionnel". (E. HOESCHEL)

Pour B. STAHR, il est essentiel que le sujet conserve sa personnalité. Citant ELSA BRANDSTROM, il écrit : "L'échec de beaucoup d'êtres dans la vie est du plus souvent à leur recherche de la sécurité, qu'à un manque de confiance en leurs propres forces".

Il ajoute à ceci : "Si elle est dans le vrai, notre oeuvre sera toujours couronnée de succès si nous renforçons le sens de la responsabilité du malade ; si nous l'aidons à utiliser avec l'appui des institutions officielles toutes ses capacités professionnelles restantes... La Sécurité Sociale, aussi utile qu'elle puisse être, ne doit pas être poussée jusqu'au point de détruire la responsabilité personnelle de sorte que tout "du berceau à la tombe" soit strictement réglé".

B. STARH écrit encore "Prendre conscience que ses capacités mentales et physiques s'amoindrissent et que son énergie et sa puissance de concentration diminuent, sont pour le traumatisé une réelle source de souffrance. Sa confiance en lui et son indépendance sont altérées. Il sent qu'il ne parviendra plus à assumer son travail et échoue lorsque des efforts mentaux ou physiques lui sont demandés".

Quelles sont les questions à étudier tout particulièrement lors de l'orientation ou de la formation professionnelle des traumatisés craniens ?

Les auteurs notent que trop souvent on oriente les traumatisés craniens vers des métiers dont les débouchés

sont trop restreints ; que l'on ne tient pas assez compte tant de la situation sociale, personnelle et domestique du sujet, que de sa position au sein de sa famille et de son entourage.

KERSCHBAUM écrit également que "les troubles de la personnalité compliquent souvent les possibilités d'intégration professionnelle. Ils modifient en effet, fréquemment le comportement du sujet dans son ensemble et en particulier, son rendement de travail. Il ne suffit pas, donc de savoir ce que le sujet peut faire, mais comment il s'acquittera de son travail". Toutes ces difficultés, la variété des séquelles font, qu'il est impossible de préconiser, pour la réadaptation, une méthode générale s'appliquant à tous les cas.

E. HOESCHEL dit "c'est un travail sur mesure qu'il faut au traumatisé cranien."

L'expérience a prouvé, en effet, à de trés nombreux auteurs, qu'une erreur dans le placement, conduit souvent chez ces invalides à de graves perturbations. Aussi E. HOESCHEL demande-t-il que "La collaboration du Médecin ne se borne pas à l'examen du sujet : c'est lui qui est le plus qualifié pour juger si le métier futur sera compatible avec les séquelles définitives del'accident...

Il faudra donc qu'il possède (le Médecin) des connaissances et une expérience professionnelles et industrielles appropriées, qu'il doit constamment approfondir".

La vie économique moderne avec ses spécialisations, dans l'industrie surtout, offre sans aucun doute, aux traumatisés craniens un vaste champ de possibilités d'emplois. Il faut généralement déployer des efforts particuliers pour découvrir et adapter ces possibilités à un cas donné.

Les auteurs Allemands et Finlandais sont unanimes pour penser que parmi les trois secteurs principaux de l'économie:

Secteur primaire : Agriculture, Industrie Minière, Industrie de Base.

Secteur secondaire : Industries de transformation.

Secteur tertiaire : Professions commerciales et de Bureaux.

Ce sont les secteurs secondaires et tertiaires qui donnent les possibilités les plus favorables pour les traumatisés craniens.

Mais, lorsqu'on considère un emploi éventuel, HOESCHEL dit : " il faut entrer dans le détail. C'est l'optimum qu'il faut atteindre et non le maximum".

"Le travail permet au traumatisé cranien de reprendre une vie sociale active et de participer à la vie culturelle économique, et sociale. Le travail constitue une compensation meilleure qu'une pension".

II - LEGISLATION

Avant d'étudier les lois qui régissent en France la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement des infirmes, nous verrons rapidement les solutions adoptées à l'étranger :

A) GRANDE BRETAGNE - Un effort trés important a été fait en Grande Bretagne pour assurer aux infirmes un avenir d'hommes libres. L'existence du Service National de Santé a trés certainement contribué pour une large part au succès de l'entreprise.

Dans ce pays, les diminués physiques sont obligatoirement inscrits dans un fichier spécial tenu par le Ministère du Travail. Ce fichier est établi par ses agents spécialisés (Disablement - Resettlement Officers) dont la tâche unique est de recenser et de suivre tous les diminués de leur circonscription. Par ailleurs, les employeurs sont

tenus de réserver dans leur entreprise une certaine proportion de postes, aux déficients. Cette proportion varie selon les professions, et cette obligation s'applique à toutes les entreprises employant plus de vingt personnes. Si l'employeur ne se soumet pas à cette obligation il s'expose à ne pouvoir embaucher d'ouvriers valides sans autorisation spéciale du Ministère du Travail.

En ce qui concerne la réadaptation fonctionnelle, de trés nombreuses entreprises ont créé au sein même de l'usine des ateliers de réentrainement au travail, où, les horaires imposés aux diminués sont établis par un comité comprenant: le chef de cet atelier, l'ancien supérieur du sujet avant son accident ou sa maladie, le Médecin traitant, le Médecin du Travail et éventuellement le Médecin qui dirige le centre de rééducation motrice installé au sein même de l'usine.

Le cas des différents sujets est étudié périodiquement en vue, soit de décider de la reprise du travail antérieur, soit de la nécessité d'une rééducation profesionnelle, soit d'une mutation soit encore d'une modification d'horaire.

Le séjour dans cet atelier ne peut dépasser 3 mois mais durant ce temps le diminué perçoit un salaire équivalent à celui qu'il avait avant son accident quelque soit le nombre d'heures de travail qu'il effectue.

C'est le Service National de Santé qui complète le salaire donné par l'usine. (Nous citerons les Usines d'automobiles Wauxhall comme exemple particulièrement réussi d'organisation de réentrainement au travail).

De plus; l'Etat a créé et subventionné éventuellement, une dizaine d'usines, les "Remploys Factories" où pratiquement tous les postes sont tenus par des diminués. Un certain nombre de ces entreprises vivent sans aucun secours du Gouvernement.

Il existe en outre une multitude d'oeuvres privées destinées à aider les diminués mais que l'on peut difficilement considérer comme faisant partie de la vie industrielle active de la Nation.

B) REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE.-

Dans la République Fédérale d'Allemagne, c'est l'Institut Fédéral de Placement et d'Assurance contre le chômage qui est responsable de l'orientation professionnelle et du placement des candidats.

La loi stipule que, lors du placement d'un candidat, on devra tenir compte du nombre et de la nature des emplois vacants, des qualifications et de la situation sociale du candidat. L'Institut Fédéral grâce à ses nombreux bureaux répartis sur tout le territoire a une connaissance complète du Marché du Travail et des possibilités d'emploi.

L'Institut doit, en outre, veiller à ce que la capacité de gain des invalides physiques et mentaux reste identique, pour ne pas dire supérieure à celle des autres.

Aux termes de la loi, les institutions pour invalides sont organisées au niveau le plus élémentaire, c'est-à-dire au niveau du district. Ces institutions offrent aux invalides graves des soins et une attention individuelle. Le placement des invalides inscrits à l'Institut Fédéral doit être entrepris non pas en fonction de la réduction de capacité de gain (compensée par la législation relative aux pensions) mais du seul point de vue des qualifications de l'individu.

Tout employeur qui dispose d'au moins sept places doit employer au moins un invalide. Si les emplois sont plus nombreux un certain pourcentage est spécifié pour l'emploi des invalides graves. Ce pourcentage varie de 8%

dans les entreprises publiques et privées à 10% dans les administrations et les services publiques. Mais ce chiffre peut être réduit pour certaines industries dont la nature du travail est incompatible avec l'emploi d'un grand nombre d'invalides.

Si une entreprise n'emploie pas le nombre prescrit d'invalides, elle est contrainte de verser une compensation mensuelle de 50 D.M. (50 N.F. environ) par place vacante. Cet argent est destiné à l'extension des mesures sociales et professionnelles en faveur des invalides.

La loi spécifie en outre que l'employeur doit utiliser l'invalide de telle sorte que celui-ci emploie ses capacités et ses connaissances au maximum et continue de les accroître. Il est responsable en plus de l'aménagement de l'atelier, des instruments et machines.

Un invalide ayant obtenu un emploi ne pourra être renvoyé sans autorisation officielle. La loi précise qu'un neuro-psychiatre doit être consulté pour l'orientation professionnelle et les mesures préliminaires au placement du traumatisé cranien. Donc tout Office Régional de Travail devra s'assurer les services d'un spécialiste de neuro-psychiatrie, expert en matière de traumatisme cranien.

Le gouvernement allemand a l'obligation juridique d'assister d'une manière active les traumatisés crâniens et de leur fournir de façon permanente un espace vital sain même si cela exige un appui financier.

C) FRANCE

A l'échelon national une organisation officielle a été créée en 1948 ayant à sa tête une "Commission interministérielle pour la réadaptation professionnelle des mutilés, invalides et diminués physiques". Cette commission groupera tous les départements intéressés au problème, est chargée d'inaugurer, de développer et d'orienter la politique du reclassemant.

Un Conseil Supérieur pour le reclassement professionnel et Social des travailleurs handicapés a été institué par la loi du 23 Novembre I957, en vue d'éclairer l'action des Pouvoirs Publics en leur apportant les avis les plus autorisés. Ce Conseil Supérieur a vu sa composition élargie par le Décret du 3 Août I959 et ses modalités de fonctionnement précisées par le Décret I442 du I8 Décembre I959.

Sur le plan local une circulaire du 29/II/53 prévoit la création d'une " Commission départementale d'orientation des infirmes" qui comprend, des Médecins, des psychotechniciens, une assistante sociale et qui donne son avis sur l'aptitude au travail ou la possibilité d'une rééducation professionnelle préalablement à l'admission à l'aide sociale.

Une autre circulaire du 30/4/52 établit auprès de chaque service départemental de main d'oeuvre une "Section spécialisée de Placement des déficients" ayant pour objet d'entrer en contact avec les employeurs , les Médecins et les conseillers du Travail afin de découvrir le poste vacant convenant au déficient.

I)L'obligation d'emploi

Un Décret du 3.8.I959 et une loi du 27 Décembre I960 tendent à harmoniser l'application de la loi du 23.II.I957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

a)- Les Bénéficiaires de la loi de I957 sont les travailleurs handicapés qui sont définis comme : toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales.

b)- Les Etablissements assujettis : Tous les établissements industriels et commerciaux de quelques natures qu'ils soient, les employeurs des professions libérales, les Sociétés, les Syndicats, les Associations ou Groupements,etc...

Echappent pratiquement à ces obligations les seules catégories d'employeurs expressement visées par les réglementations concernant :

a) l'emploi des pensionnés de Guerre; établissement ou employeurs occupant habituellement moins de dix salariés de l'un et l'autre sexe (moins de quinze dans les professions agricoles) services et établissements de l'état et des collectivités publiques assujettis à la législation des emplois réservés

c)- Pourcentage obligatoire des emplois réservés.

Une priorité d'emploi est réservée aux travailleurs handicapés, à concurrence d'un certain pourcentage fixé par arrêté du Ministère chargé du Travail et de la Sécurité Sociale, pour l'ensemble du territoire ou pour une région, et pour chaque activité ou groupe d'activités. Ce pourcentage a été fixé à I0 %.

En ce qui concerne les entreprises ou organismes assujettis à la fois aux obligations de la loi du 26 Avril I924 (emploi obligatoire des mutilés de Guerre) et de la loi du 23 Novembre I957, le Décret de I959 dispose que les arrêtés fixant le pourcentage obligatoire d'emplois réservés aux travailleurs handicapés pourront prévoir que l'obligation d'emploi sera appréciée dans la limite d'un pourcentage maximum global, les bénéficiaires des deux législations en cause pouvant être, dans la même limite substitués les uns aux autres.

2) Obligation des employeurs

a) Déclarations annuelles

Les employeurs doivent adresser au Préfet dans la première quinzaine du mois de Janvier de chaque année, la liste des bénéficiaires occupés par eux pendant l'année précédente et la nomenclature par catégorie professionnelle, de tous les emplois existants dans l'entreprise au moment

de la déclaration.

b) Déclaration de vacance d'emploi

Les employeurs qui n'utilisent pas le nombre prescrit de bénéficiaires de la loi, doivent faire connaitre dans les quarante huit heures, au service de main d'oeuvre, toutes les vacances d'emploi qui se produisent dans les catégories professionnelles " réservées"" par le dit service.

Dans un délai de huit jours à dater de la réception de la déclaration, le service de la main d'oeuvre doit adresser à l'employeur un bénéficiaire. A défaut de présentation dans ce délai, l'employeur reprend sa liberté. d'embauche.

c) Période d'essai

Tout bénéficiaire de la loi qui est présenté par le service de la main d'oeuvre est soumis à une période d'essai dont la durée est fixée par les conventions collectives ou à défaut par les us et coutumes.

Si l'employeur oppose un refus à la période d'essai il doit en aviser aussitôt et au plus tard dans les quarante huit heures, l'inspecteur du travail qui statue dans les trois jours.

Un recours contre cette décision, dans les mêmes formes et délais peut être porté devant la commission départementale de contrôle.

Si la commission maintient la décision, elle peut en outre, recommander à l'employeur, soit un aménagement ou une réduction de l'horaire de travail soit un changement de poste au sein de l'entreprise. Elle statue en dernier ressort. Les contestations survenant au cours de la période d'essai et concernant le rendement, l'aptitude, le poste, sont soumises à l'inspecteur du travail qui statue dans les I5 jours et le cas échéant portées

devant la commission départementale.dans les 8 jours de leur notification par l'inspecteur du travail.

d) Licenciements

La durée de préavis déterminée en application de l'article 23 du livre Ie du code du Travail est doublée pour les mutilés atteints d'une invalidité au moins égale à 60% ainsi que pour les bénéficiaires de la loi du 23 Novembre I957 sur le reclassement des travailleurs handicapés, comptant pour deux unités au titre de l'article I2 de la dite loi sans, toutefois, que cette mesure puisse avoir pour effet de porter au dela de 2 mois la durée du délai congé à moins que, les réglements de travail, les conventions collectives ou a défaut les usages ne prévoient un délai-congé d'une durée supérieure. (loi du 27-I2-60 article 5)

e) Redevances

Les employeurs qui n'ont pas satisfaits aux obligations qui leur incombent sont assujettis au paiement d'une redevance calculée par jour ouvrable et par bénéficiaire manquant et fixée à trois fois le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti.

f) Salaire (loi du 27 - I2 - I960 article 4)

Le salaire des bénéficiaires de la loi du 23 Novembre I957 ne peut être inférieur à celui qui résulte de l'application des dispositions réglementaires ou de la convention collective applicable dans l'entreprise qui les emploie.

Toutefois pour ceux dont le rendement professionnel est notoirement diminué des réductions de salaires qui seront fonction des rémunérations résultant des dispositions réglementaires ou conventionnelles en vigueur, pourront être autorisées dans des conditions qui seront déterminées par Décret

Tout litige peut-être porté devant l'Inspecteur du Travail dont la décision peut faire l'objet dans les 8 jours de la notification d'un appel devant la Commission Départementale de contrôle.

) Commissions départementales.

Deux types sont institués par le Décret de I959.

a) Commission départementale de contrôle.

Elle statue sur les contestations nées de l'application des dispositions relatives au salaire des pensionnés de guerre et des travailleurs handicapés.

Elle arrête, sauf recours au ministre du Travail, le nontant des redevances dues par les assujettis qui ne se sont pas conformés aux prescriptions légales.

b) Commission départementale :

statue sur les contestations nées de l'application de la loi du 23 Novembre I957 en ce qui concerne l'admission des travailleurs handicapés embauchés pour des emplois réservés au bénéfice des avantages spéciaux accordés en cas de maladie par un statut particulier ou une convention collective, et sur la classification des bénéficiaires par la commission d'orientation des infirmes et la période d'essai.

) Placement

Nous envisagerons maintenant selon le Docteur P. FRITSCH les différents modes de placement des déficients, susceptibles d'être utilisés dans la pratique.

I) Placement direct dans les entreprises

Il concerne les déficients partiels ou peu atteints et s'effectue par l'internédiaire des placiers de la main d'oeuvre.

Il appartient au Médecin du Travail de déterminer le poste qui convient le vieux ou éventuellement d'apprécier la

necessité d'une réadaptation.

2°) Centres spécialisés

Il s'agit soit de centres de rééducation fonctionnelle soit de centres de réadaptation professionnelle. Leurs débouchés sont relativement réduits. Les pourcentages de placement ne dépassent pas 40 à 50%. Ils sont déterminés en grande partie par les conditions locales du Marché du Travail.

3°) Placement sous contrat

Les contrats individuels offrent de larges possibilités notamment en ce qui concerne le choix des métiers et permettent souvent après un stage de rééducation et de réentrainement au travail d'assurer le placement définitif dans l'entreprise

4°) Placements artisanaux

Les mutilés ou invalides poursuivant leur rééducation professionnelle peuvent être employés par un artisan. Il s'agit d'un placement provisoire ou définitif sous contrat. Ce mode de placement est facilité par l'existence de dérogations fiscals consenties aux artisans qui occupent un compagnon ou un apprenti infirme.

5°) Emplois protégés

Ce sont des emplois de caractère particulier réservés à des personnes gravement atteintes qui conservent une déficience physique telles qu'elles ne peuvent être réintégrées à une activité professionnelle normale.

Il est prévu dans la loi du 27 Décembre 1960 que des arrêtés du Ministre du Travail, réserveront des emplois à temps plein ou à temps partiel à des catégories de travailleurs particulièrement handicapés, soit dans certaines activités ou groupes d'activités soit dans certains métiers ou activités individuelles.

L'organisation du travail protégé peut revêtir plusieurs formes :

a) Le Travail à domicile cette formule n'est utilisée que de façon réduite.

b) Le Travail dans les ateliers spéciaux ou dans l'entreprise protégée type ; leur but n'est pas de donner aux déficients une place définitive mais de leur donner le moyen de se réentrainer au travail avant d'être reclasser.

Il faut mentionner ici une possibilité donnée par l'article 45 de la Loi du 30 Octobre 1946 . " Le salaire de l'emploi occupé avant l'accident peut être maintenu en tout ou en partie en cas de reprise d'un travail léger antérieurement à la consolidation, si le médecin traitant, et le médecin conseil sont d'accord pour estimer que cette reprise anticipée du travail est susceptible de favoriser la consolidation ".

Malheureurement ces ateliers voient se fixer un certain nombre de diminués et deviennent des ateliers refuges (La S.N.C.F., les Usines Renault, Chausson, Citroën Peugeot ont créé de semblables ateliers).

Il faut d'ailleurs remarquer que le réentrainement au travail, et la rééducation professionnelle des malades et des blessés de l'établissement ont été confiés aux entreprises employant plus de 5.000 ouvriers par l'article 7 de la Loi du 25 Novembre 1957.

A l'issue de cette première partie il semble que l'on puisse établir les faits suivants :

- Le Traumatisé crânien ne trouve pas auprés de lui le contact humain dont il a besoin. Ce contact devrait lui être apporté par une présence Médicale plus effective tant de la part du Médecin Hospitalier qu'ultérieurement de la part du Médecin Traitant éventuel.

Les liaisons entre ces deux stades de traitement devraient être mieux organisées, plus suivies.

- Le Traumatisé crânien doit conserver durant tout le temps de sa maladie, le contact avec son milieu de travail. Il doit garder en permanence le sentiment d'appartenance à une communauté de travail. Ce contact pourrait peut-être être assuré par un"Travailleur Social" délégué spécialisé en matière sociale, du Comité d'entreprise .

Enfin il faut tenter à tout prix de créer un climat de coopération effective pour obtenir une réinsertion rapide dans l'activité professionnelle.

Le Traumatisé crânien doit rester un homme conscient et responsable de son avenir.

Sur le plan purement législatif , quelques ramarques peuvent être formulées.

Pour la Commission départementale d'orientation des infirmes, il semble que les conditions matérielles de l'examen médical pratiqué par le Médecin départemental de la main-d'oeuvre ne permettent pas à ce dernier d'être en possession de toutes les données médicales relatives aux sujets accidentés. Par ailleurs la rémunération de cet examen est sans rapport aucun avec l'importance de la décision à prendre, décision qui engage l'avenir professionnel d'un homme.

Il apparait donc utile que l'examen Médical qui est la pièce maitresse du jugement de la Commission soit le fait de médecins spécialisés, bien rémunérés auxquels il serait fait appel en particulier pour résoudre les problèmes posés par des traumatisés crâniens graves.

Quant aux centres spécialisés, la rééducations professionnelle, il faut noter leur nombre nettement insuffisant et

surtout leur orientation, qui semble tenir assez peu compte de l'état du marché du travail. Il serait indispensable semble-t-il que l'on puisse obtenir la garantie d'emploi à la sortie du centre, avant que d'y envoyer les blessés jugés aptes à une rééducation professionnelle.

-:-:-:-:-

Q U E S T I O N N A I R E

adressé aux anciens traumatisés craniens.

NOM : . . . . . Prénoms . . . . . .
Adresse :

Date de naissance ou âge . . . . . .
Date de l'accident :

a) Accident de circulation . . . . . .
b) Accident de trajet . . . . . .
c) Accident de travail . . . . . .

- Chute -
- Choc direct

d) Avez-vous eu d'autres blessures que votre traumatisme du crâne ? Lesquelles ? . . . . . .

Combien de fois avez-vous été hospitalisé ? . . . . . .
Date de ou des hospitalisations : . . . . . .

Durée de ou des hospitalisations : . . . . . .

Lieu de ou des hospitalisations : . . . . . .

Quelle a été la durée de repos entre votre sortie de l'hôpital et votre reprise du travail ? . . . . . .

Date de reprise du travail . . . . . .
Avez-vous été suivi après votre reprise du travail ? . . . .
OUI . . . . . NON . . . . . .
Après votre accident votre salaire mensuel a-t-il été !

- diminué
- augmenté
- inchangé

Profession avant l'accident (Employeur et adresse de l'employeur)

. . . . . .

. . . . . .

Profession après l'accident (Employeur et adresse de l'Employeur)

. . . . . .

. . . . . .

Durée de la reprise du travail à temps partiel éventuel . .

Vous estimez-vous guéri ? . . . . . OUI. . . NON . . .

Suivez-vous un traitement depuis votre accident ?

OUI. . . . . NON . . . . .

Gardez-vous des troubles ? Lesquels : maux de tête, vertiges, lassitude, crises nerveuses, perte de connaissance, bourdonnements d'oreilles, éblouissements; baisse de l'attention, baisse de la mémoire amaigrissement, baisse de la vue, paralysie, tremblements, troubles digestifs, troubles urinaires, palpitations, entendez-vous moins bien -

(barrez les troubles que vous ne ressentez pas)

Etes-vous gêné dans votre travail ? . . . . . OUI ? . . NON ...

Votre rendement est-il le même qu'avant votre accident ?
. . . . OUI . . . . NON . . . . . .

Etes-vous plus lent ? . . . . OUI . . . . . NON . . . . . .
moins précis ? . . OUI . . . . NON . . . . . .
moins attentif ?. . OUI . . . . NON . . . . . .

Supportez-vous le bruit comme avant votre accident ? . . . . .
OUI . . . . . NON . . . . . .

Dormez-vous mieux . . . . . OUI . . . . . NON . . . . . .
moins bien . . . OUI . . . . . NON . . . . . .

Supportez-vous les ennuis comme avant votre accident ?

. . . . . OUI . . . . . NON . . . . . .

Supportez-vous les enfants ? . . . . . OUI . . . . . NON . . .

Supportez-vous la télévision ? . . . . OUI . . . . NON . . . .
" " le cinéma ? . . . . . OUI . . . . NON . . .
" " la T.S.F. ? . . . . . OUI . . . . NON . . .

Après votre reprise de travail, avez-vous duvous arrêter à nouveau ? . . . . . OUI . . . . . NON . . . . . .

Combien de fois ? . . . . . .

Quelle a été la durée de chacun de ces arrêts de travail ?

. . . . . .

Vos arrêts ont-ils été la conséquence de votre accident ? . .
OUI . . . . . NON . . . . . .

Combien ? . . . . . .

Avez-vous gardé une I.P.P. de votre accident ? . . . . . .
OUI . . . . . NON . . . . . .

Quel taux ? . . . . . .

Avez-vous bénéficié d'une rééducation professionnelle ? . .
OUI . . . . . NON . . . . . .

Avez-vous eu un reclassement professionnel ? . . . . . .
OUI . . . . . NON . . . . . .

Quel a été le plus grand obstacle à votre reprise du travail ?

. . . . . .

Le Médecin du travail a-t-il proposé votre mutation ? . . .
OUI . . . . . NON . . . . . .

Votre reclassement ? . . . OUI . . . . . NON . . . . . .

Buvez-vous davantage de vin depuis votre accident ?
OUI . . . . . NON . . . . . .

Combien buviez-vous de litres de vin par jour avant votre accident ? . . . . . .

Combien buvez-vous maintenant de litres de vin par jour ? .

. . . . . .

Avez-vous eu des enfants après votre accident ? . . . . . .
OUI . . . . . NON . . . . . .

- C H A P I T R E II -

LES RESULTATS DE NOTRE ENQUETE

Les méthodes et les buts de notre enquête sont exposés dans l'introduction à cette étude. Il est nécessaire d'insister sur le caractère volontairement subjectif de cette enquête pour laquelle la parole a été donnée exclusivement aux traumatisés crâniens eux-mêmes. La préoccupation essentielle était d'établir l'opinion du blessé face aux troubles ressentis, son adaptation à ses séquelles. Dans cette optique, il importe peu que le trouble allégué par le traumatisé crânien existe ou non, soit ou non en rapport avec son traumatisme, ait ou n'ait pas d'influence réelle sur son travail, ce qui inporte c'est que le traumatisé crânien rende responsable de ce trouble, son accident.

Malgré cet aspect subjectif, la conformité des réponses non concertées, constitue une base valable d'interprétation et incline à envisager plus objectivement certains troubles sans cause organique actuellement décelable.

Qui étaient ces traumatisés crâniens, avant leur accident ?

A) Le sexe

Sur 338 cas nous avons eu :

- 247 réponses émanant d'hommes soit : 73 %
- 9I réponses émanant de femmes soit: 27 %

Trois remarques sont à faire.

I°/ Il y a plus d'hommes que de femmes qui travaillent, mais notre enquête englobant indifféremment salariés et non salariés le fait que plus d'hommes que de femmes travaillent ne vient pas pertuber nos pourcentages.

2°) Les hommes sont davantage exposés. Mais l'activité de travail n'étant pas retenue, la proportion élevée d'hommes n'implique pas nécessairement une prédisposition professionnelle aux traumatismes craniens. D'autres facteurs peuvent intervenir : constitutionnels (goût du risque) toxiques (éthylisme) pour élever le nombre de traumatismes crâniens chez l'homme.

3°) Nous ignorons dans quelle proportion chaque sexe a répondu à notre enquête ?

Cette question se pose non seulement pour le sexe, mais aussi pour l'âge, la profession, l'ancienneté du traumatisé.

Le nombre relativement important de dossiers examinés (3.000) de questionnaires envoyés (I.500) et somme toute de réponses obtenues (500), nous permettent de penser que jouent en notre faveur les règles de la statistique :

"une erreur en corrige une autre"

- M. PINGOUD dans sa thèse trouve :
  - 233 hommes soit 9I %
  - 23 femmes soit 9 %

Dans le rapport des VI° Journées de Médecine du Travail à TOULOUSE, les pourcentages donnés sont :

- hommes 89%
- femmes II%

Donc, dans les deux cas, proportion de femmes plus faible que la nôtre. Mais ces deux enquêtes ont été menées dans les milieux de travailleurs.

- la première dans un centre de rééducation professionnelle de la Sécurité Sociale.
- la deuxième, auprès de Médecins du Travail. Dans le milieu du travail, l'homme est trés largement majoritaire, alors que pour notre part, 34 ménagères nous ont répondu. Ce qui explique nos pourcentages.

Par ailleurs, au cours du dépouillement des réponses, les femmes nous ont semblé plus précises, plus objectives, moins désireuses de tirer avantage de leur accident; nous verrons qu'elles se distinguent des hommes sur d'assez nombreux points.

Peut-être le nombre moins élevé de réponses du sexe féminin vient-il de ce que l'on a négligé les conséquences vitales immédiates ? Le traumatisme crânien est-il plus souvent mortel pour la femme ? ce qui diminuerait automatiquement les réponses.

B) L'âge

Nous avons réparti nos cas de trois manières différentes, de façon à avoir trois angles de vue à la fois opposés et complémentaires selon les questions traitées.

- sans distinction de sexe, 11 classes d'âge de 5 ans chacune.
- selon le sexe : trois classes d'âges chez les hommes, assez nombreux pour avoir un nombre suffisant dans chaque classe, répartis ainsi :
  - 17 à 30 ans, 31 à 50 ans, 51 à 70 ans.
- deux classes chez les femmes :
  - 17 à 48 ans, 49 à 70 ans.

Une courbe a été établie (Cf Graphique I) donnant le pourcentage des traumatismes du crâne en fonction de l'âge ; elle montre deux clochers trés nets donnant le maximum de traumatismes crâniens entre 2I et 25 ans et entre 5I et 55 ans.

Nos résultats ne concordent pas avec ceux de CHARTON dans sa thèse donnant 32% de traumatismes crâniens avant 40 ans et 68% après 40 ans. Mais M. PINGOUD apporte, quant à elle, les chiffres suivants :

I6I cas avant 40 ans sur 256, soit 62, 8 %.

De même les chiffres donnés à TOULOUSE aux VI Journées Nationales de Médecine du Travail concordent avec les nôtres.

Age	% TOULOUSE	% Personnels
17 à 20 ans	3, 29	9, 7
21 à 30 ans	23, 46	28, 6
31 à 40 ans	29, 84	23, 6
41 à 50 ans	21, 40	14, 1
51 à 60 ans	17, 90	22, 8
au-dessus de 60 ans	3, 70	3, 5

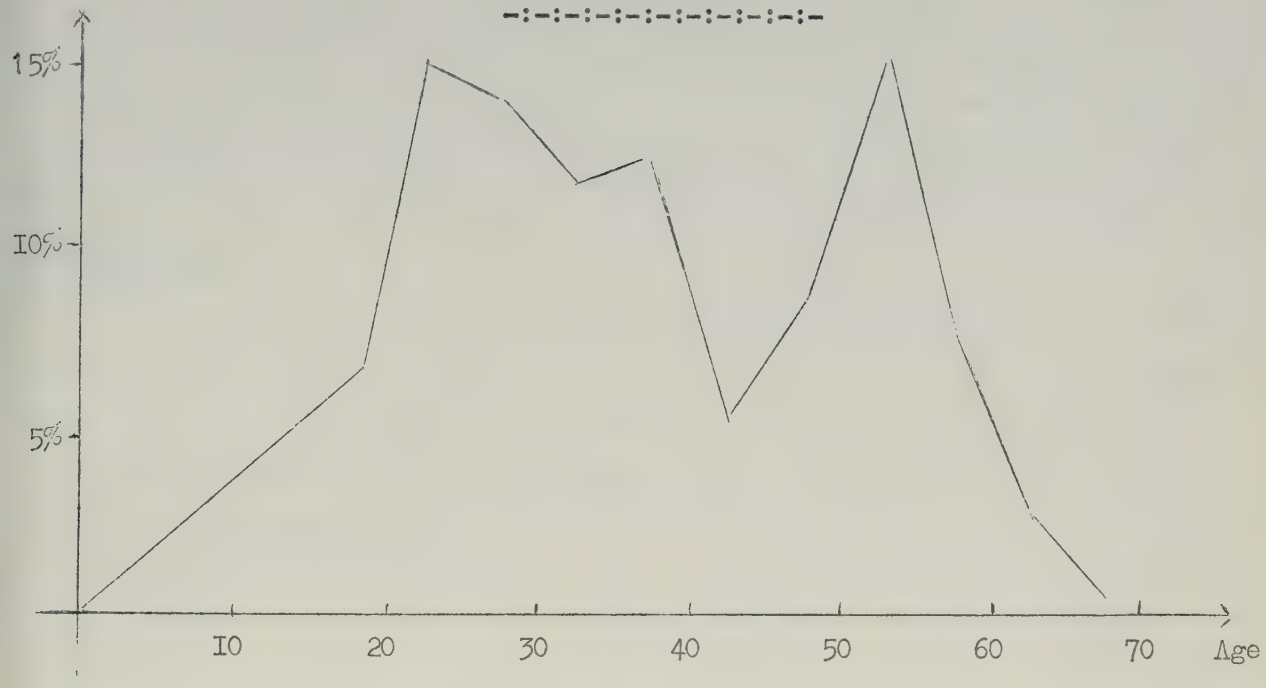
Ces pourcentages peuvent également être comparés à une statistique des organismes de Sécurité Sociale, sur la répartition selon l'âge, les accidents de toute nature.

Age	Pourcentage
16 à 19 ans	7, 7
20 à 29 ans	28, 1
30 à 39 ans	18, 4
40 à 49 ans	19, 9
50 à 59 ans	16, 6
au-dessus de 60 ans	8, 7

Mais dans ces deux dernières statistiques, les accidents suivent une courbe décroissante avec l'âge, à partir du clocher des 31 à 40 ans. Alors que pour nous, il existe un clocher trés net entre 51 et 60 ans.

NOMBRE DE CAS

G R A P H I Q U E I



COURBE EXPRIMANT
le % de traumatismes crâniens en fonction de l'âge.

TABLEAU RECAPITULATIF

Age	Nombre de cas	%
17 à 20	23	6,80
21 à 25	50	14,79
26 à 30	47	13,90
31 à 35	39	11,53
36 à 40	41	12,13
41 à 45	19	5,65
46 à 50	29	8,57
51 à 55	51	15,09
56 à 60	27	7,99
61 à 65	10	2,95
66 à 70	2	0,59

Les clochers obtenus dans notre statistique ne traduisent-ils pas le défaut de prudence, voire le goût du risque entre 2I et 25 ans ? la diminution des aptitudes sensorielles sinon la rapidité de réaction entre 4I et 55 ans, impliquant le rôle sous-jacent de l'éthylisme ?

C) Profession

Nous avons constitué nos groupes en tentant de classer dans la même rubrique, non seulement des professions identiques dans leur mode de travail, mais aussi dans leurs risques, dans leur mode d'assurance et dans les capacités physiques et intellectuelles demandées par chacune d'entre elles. Nous obtenons ainsi I4 rubriques pour lesquelles les pourcentages sont les suivants :

Profession	Nbre de cas	%
Manoeuvres	39	II, 53%
Ouvriers du bâtiment	36	I0, 65%
Ouvriers spécialisés	28	8, 28%
Commerçants, artisans, cultivateurs	24	7, I%
Cadres subalternes	II	3, 2%
Ménagères	34	I0, %
Etudiants	20	5, 9%
Petits employés d'administration ou de Bureau	25	7,39%
Ouvriers des Industries Métallurgiques, Mécaniques, Electriques	36	I0, 65%
Autres Ouvriers	63	I8, 63%
Ingénieurs	5	
Professions Libérales	2	
Militaires	2	
Rentiers	5	

Donc, à part les 63 cas placés sous le vocable "Autres Ouvriers" c'est-à-dire, ne présentant aucune des caractéristiques que nous avons données ci-dessus, (dangers, assurances, capacités physiques ou intellectuelles) et formant évidemment un gros pourcentage, les professions les plus exposés sont, par ordre décroissant :

les manoeuvres	II, 53%
les ouvriers du bâtiment	I0, 65%
les ouvriers des industries (nécaniques, métallurgiques, électriques)	I0, 65%
Les ménagères	I0, %
les ouvriers spécialisés	8, 28 %

Ces résultats confirment les notions connues, mais mettent cependant en relief le nombre important de ménagères présentant un traumatisme crânien. Dans sa campagne de Sécurité I96I, l'Organisation Mondiale de la Santé, insiste beaucoup sur les dangers des lieux d'habitation.

En voici donc une preuve de plus : tenir un ménage est un lourd travail, mais aussi un travail dangereux.

D) ALCOOLISME

Les chiffres que nous donnons résultent des déclarations des accidentés eux-mêmes. Or, l'expérience quotidienne montre que ces déclarations sont presque toujours inférieures à la réalité. D'autre part, nous n'avons posé de questions qu'à propos du vin. Donc nous pouvons considérer comme : ayant une tendance à l'éthylisme tous les sujets avouant boire plus d'un litre de vin par jour: éthylisme grave à plus de deux litres.

Sur 338 réponses nous avons :

- ne buvant pas de vin ou moins d'un litre par jour : 240
- buvant entre I et 2 litres de vin par jour : 74 soit 2I%
- buvant plus de 2 litres de vin par jour : 24 soit 7 %

Au total 28% de nos traumatisés du crâne avouent boire plus de I litre de vin par jour.

Nous obtenons donc des pourcentages identiques à ceux donnés dans sa thèse par CHARTON soit 27% d'éthyliques chez ses traumatisés crâniens, alors que sur l'ensemble du personnel du Port de STRASBOURG, la proportion d'éthyliques est de 6%.

D'autres pourcentages viennent encore confirmer ceux que nous obtenons : ROCHAIX, SEDALLIAN et SOHIER dans leur Traité d'Hygiène donnent : 23% d'alcooliques parmi les accidentés du travail et 26% parmi les accidentés hors-service.

Ce pourcentage important d'alcoolique parmi nos accidentés (28%)doit être remarqué non pas tant pour souligner le rôle de l'alcoolisme comme cause d'accident, bien qu'il soit un facteur important de diminution des réflexes et de troubles de l'équilibre mais plus encore pour mettre en valeur son influence sur le devenir du traumatisé crânien. Il viendra majorer considérablement l'handicap professionnel, en aggravant les séquelles psychiques post-traumatiques.

II - CAUSES DE L'ACCIDENT

Le traumatisme crânien peut survenir en trois occasions différentes de la vie du travailleur.

Pendant son travail, en s'y rendant ou en revenant, dans l'un ou l'autre cas il s'agit du point de vue légal d'un accident de travail, enfin en un lieu et temps tout à fait étranger au travail et nous classons ces cas sous le vocable : accidents de la vie courante.

Quels sont les chiffres que nous avons obtenus ?

Nous les donnerons tout d'abord dans leur ensemble, puis nous distinguerons en fonction du sexe et de l'âge.

Nous avons eu 316 réponses concernant cette question qui se répartissent ainsi :

I48 accidents de la vie courante soit : 43,7%
I68 accidents de travail soit : 49,6%

Les pourcentages donnés par les rapporteurs, auxVI Journées Nationales de Médecine du Travail, sont différentes puisqu'ils trouvent :

76,7% d'accidents du travail.

Il nous faut distinguer maintenant les accidents de trajet des accidents du travail.

Par rapport à tous les traumatisés nous obtenons :

3I,3% d'accidents de trajet.
I8,3% d'accidents pendant le travail.

Mais sous la rubrique légale accidents de travail les pourcehtages sont les suivants.:

63% d'accidents de trajet
37% d'accidents pendant le travail.

Ces chiffres ne concordent pas parfaitement avec ceux donnés aux VI Journées Nationales de Médecine du Travail à TOULOUSE et avec ceux donnés par CHARTON, sans toutefois en être trop éloignés.

TOULOUSE :

4I,5% de traumatismes crâniens survenus pendant le travail,
46,5% de traumatismes crâniens survenuspendant le trajet.

CHARTON :

60% de traumatismes crâniens pendant le travail,
40% de traumatismes crâniens pendant le trajet.

Il est assez facile de donner une explication de l'importance des accidents du trajet dans notre statistique. La majorité de nos cas vivent à GRENOBLE ou en proche banlieue, ville d'expansion récente sans zône industrielle bien définie où les entre prises se sont considérablement développées depuis I5 ans selon les possibilités géographiques sans égard à l'implantation des habitants. Il en résulte un enchevêtrement des trajets avec des goulots d'étranglement sur les artères d'entrée ou de sortie de la ville. De plus l'usage des véhicules à deux roues, surtout motorisés s'est inposé comme mode de locomotion, et, le danger de la rue s'en est trouvé accru par le nombre et par la vitesse.

On peut admettre que les mesures de sécurité des travailleurs sont satisfaisantes. Mais par contre les moyens de transports en commun, les voies de circulation ne correspondent plus ni aux besoins de la population sans cesse croissante ni aux moyens de locomotion.

D'autres points sont également remarquables :

Les accidents de la vie courante sont plus fréquents chez les femmes 53,8% que chez les hommes 40%.

Les accidents de trajet ont une fréquence identique 30% chez les femmes, 3I% chez les hommes.

Par contre les accidents pendant le travail, sont 3 fois plus fréquents chez les hommes 22%, que chez les femmes 7,29%.

Enfin, il est à remarquer que le nombre d'accidents de la vie courante diminue avec l'âge.

de I7 à 30 ans	44,57%
de 3I à 50 ans	38, -%
de 5I à 70 ans	37,I %

De même les accidents pendant le trajet connaissent leur maximum avant 50 ans.

de I7 à 30 ans	28,9%
de 3I à 50 ans	36,I%
de 5I à 70 ans	25,7I%.

Alors que les accidents pendant le travail voient leur pourcentage augmenter rapidement avec l'âge.

de I7 à 30 ans	I8%
de 3I à 50 ans	I9,I%
de 5I à 70 ans	3I,42%

Ces trois dernières statistiques sont valables aussi bien chez les hommes que chez les femmes, mais la dernière est particulièrement importante. Elle entraîne la conclusion que l'âge est un facteur non négligeable dans la survenue des traumatismes crâniens au travail et que par suite au point de vue préventif il apparaît souhaitable de spustraire le sujet de 50 ans à ce risque c'est-à-dire aux conditions dangereuses de travail qui font appel à des qualités sensorielles ou motrices parfaites. Le défaut de réaction, de souplesse deviennent causes favorisant ces traumatismes.

A l'inverse c'est dans la vie courante et au cours du trajet que les jeunes sont le plus exposés, peut être grâce à l'emploi plus fréquent des deux roues et au goût plus grand des déplacements à cet âge.

Résultats résumés dans le Tableau I.

	HOMMES -			FEMMES	
CAUSES DE L'ACCIDENT	I7-30 ans	3I-50ans	5I-70ans	I7-48ans	49-70ans
ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE	37 44,57%	36 38%	26 37,I%	38	II
ACCIDENTS DE TRAJET	24 28,9%	34 36,I%	I8 25,7I%	22	8
ACCIDENTS PENDANT LE TRAVAIL	I5 I8%	I8 I9,I%	22 3I,42%	I	0

TOTAL	HOMMES	FEMMES	HOMMES + FEMMES
ACCIDENTS VIE COURANTE	99 cas 40%	49 53,8%	I48 43,7%
ACCIDENTS DE TRAJET	76 3I%	30 30%	I06 3I,3%
ACCIDENTS PENDANT LE TRAVAIL	55 22,2%	7 7,69%	62 I8,3%

TABLEAU I : Tableau récapitulatif des causes d'accident en fonction de l'âge et du sexe.

III - LES CONSEQUENCES DU TRAUMATISME ou LE DEVENIR DES TRAUMATISMES CRANIENS.

Nous étudions ici les répercussions du traumatisme sur la personnalité, le travail, la vie familiale et sociale du traumatisé.

Mais tout d'abord combien de mois se sont écoulés entre le traumatisme et la réponse à notre questionnaire.

Voici les pourcentages sur 338 cas :

Sans réponses	6%
Traumatisme datant de 6 à I8 mois	29%
" " I8 mois à 2 ans I/2	I8%
" " 2 ans I/2 à 3 ans I/2	I8%
" " 3 ans I/2 à 4 ans I/2	II,8%
" " 4 ans I/2 à 5 ans I/2	7,69%
" " 5 ans I/2 à 7 ans I/2	9,46%

Il est à remarquer que ce sont les traumatisés crâniens les plus récents, qui ont répondu en plus grand nombre à notre questionnaire.

Cependant 55, 49% de nos cas se répartissent sur 3 ans ; entre I8 mois et 4 ans I/2 ce qui nous donne un nombre suffisant de cas assez anciens pour juger des effets persistants du traumatisme.

A) Les retentissements sur la personnalité

Avant d'entrer dans le détail des troubles organiques ou subjectifs de nos traumatisés, nous leur avons posé une question :

"Vous estimez-vous guéris ?"

I°) Voici les réponses qui nous sont parvenues :

Sans réponse : 6
Reste 332 cas parmi lesquels : I37 soit 4I,2% s'estiment guéris, et nous trouvons dans ce groupe : - 98 hommes soit 39,6% des hommes - 39 femmes soit 42,74% des femmes.

Plus de jeunes s'estiment guéris que de gens d'âge mûr :

de I7 à 30 ans	50%	de guérisons
de 3I à 50 ans	30%	"
de 5I à 70 ans	20%	"

Ces blessés s'estimant guéris sont-ils ceux qui ne présentent aucune séquelle de leur traumatisme ?

Non puisque I6,5% seulement de nos cas disent n'avoir conservé aucun trouble soit organique, soit de la série du syndrome post-commotionnel.

Il semble donc bien que l'estimation de guérison ne comporte pas obligatoirement pour le blessé une intégrité physique ou psychique totale. Des séquelles stabilisées et éventuellement compensées par une incapacité permanente partielle bien adaptée, permettent malgré tout au traumatisé crânien de se considérer comme guéri.

Le graphique II donne les courbes exprimant le pourcentage de cas ne présentant aucune séquelle , en fonction de l'âge et du sexe.

Nous nous apercevons sur cette courbe que ce sont les jeunes qui présentent le moins de séquelles. Or, nous avons déjà vu que ce sont également eux qui s'estiment guéris dans la plus grande proportion.

G R A P H I Q U E II

Pourcentage du nombre de cas ne présentant aucune séquelle en fonction de l'âge et du sexe.

Hommes 47 cas soit I9%) 0 + 0 56 cas soit I6,5%
Femmes 9 cas soit 9,9% (

Ce pourcentage élevé de guérisons chez le sujet met l'accent ur l'adaptation de la dynamique circulation cérébrale en fonction e l'âge vis à vis du traumatisme crânien. La persistance de séquel es subjectives chez les sujets plus âgés traduit un déséquilibre de ette dynamique , déjà perturbée, mais de façon latente par l'athéomatose. Le traumatisme extériorise et accentue les méfaits de ette dégénérescence vasculaire.

2°) Les troubles organiques.

Dans l'étude du retentissement du traumatisme crânien sur la personnalité et le travail, les atteintes organiques déficitaires occupent une place importante car elles sont d'une appréciation commode, elles peuvent être jaugés, mises en pourcentage.

Quelles ont été ces atteintes chez nos traumatisés? En voici un tableau où nous les avons groupées dans un ordre anatomique :

Atteintes des nerfs crâniens	Hypoacousie	24
	Surdité unilatérale	7
	Paralysie faciale	6
	Cécité totale	2
	Cécité unilatérale	5
	Baisse de l'acuité visuelle supérieure à 5/10	7
	Anosmie	7
	Perte du goût	4
	Paralysies oculaires unilatérales	I
Autres atteintes nerveuses.	Monoplégie Membre Supérieur gauche	2
	Perte sensibilité I partie du corps	3
Troubles endocriniens	Diabète insipide	I
	Diabète sucré	I

Au total, nous avons 70 atteintes organiques déficitaires ouchant 63 blessés soit I8,63% de nos cas.

Nous n'étudierons nullement ces séquelles sur le plan phyiopathologique mais uniquement en fonction du retentissement sur a personnalité et le travail.

Sur la personnalité deux groupes : les atteintes apportant une diminution des moyens physiques : cécité, monoplégie, hypoacousie. Les atteintes apportant un sentiment d'insécurité pour l'avenir : l'anosmie faisant craindre sans cesse la fuite de gaz qui passera inaperçue ou le diabète insipide ou sucré faisant peser la menace pour la vie d'un accident de décompensation.

Mais de la lecture des réponses de tous ces handicapés physiques, il ne ressort nullement l'impression d'une modification importante de la personnalité. Ils sont peu revendicatifs car peut être bien indemnisés, semblent stables et somme toute assez contents de leur sort.

Toute autre est l'impression retirée du dépouillement des réponses des blessés présentant un syndrome postcommotionnel.

3°) Le syndrone postcommotionnel

Nul problème de pathogénie ou de physiopathologie ne sera abordé au cours de ce paragraphe. Nous donnerons seulement la fréquence de ses diverses manifestations, retrouvées chez nos traumatisés crâniens, réservant pour le chapitre suivant, l'étude du rapport de ces divers troubles avec les activités du travailleur.

Troubles	Nbre de sujets	%
Céphalées	111	35%
Vertiges vrais ou faux	I68	50%
Asthénie	I54	45,5 %
Bourdonnements	2I7	64,2 %
Eblouissements	2I9	64,3%
Baisse de l'attention	2I3	63,3%
Troubles de la mémoire	I6I	48 %
Troubles du sommeil	2I4	63, 3%
Impuissance	3	0, 88%

Sont à noter : l'importance des troubles du sommeil, de la baisse de l'attention, des éblouissements et des bourdonnements. Par contre, le petit nombre de céphalées notées, 35% peut surprendre étant donné que les auteurs classiques admettent qu'en moyenne 80% des cas présentent des céphalées.

4°) L'épilepsie

Après avoir hésité entre les diverses façons de demander si le blessé présentait ou non des crises d'épilepsie nous avions opté pour le libellé suivant : présentez-vous des crises nerveuses avec perte de connaissance ?

Cette question fut trés mal comprise puisque nous obtenons 88,5% de réponses positives.

Nous avons donc volontairement renoncé à étudier l'épilepsie post-traumatique chez nos traumatisés.

5°) L'éthylique

Pour clore ce paragraphe consacré au retentissement du traumatisme crânien sur la personnalité voyons ce que devient après le traumatisme, l'alcoolique.

Nous savons qu'avant l'accident 28% de nos cas avouent boire plus d'un litre de vin par jour, ce que nous avons considéré comme une nette tendance à l'éthylisme.

Après l'accident, 11 sujets boivent plus qu'avant, parmi eux 7 buvaient moins d'un litre. Mais 31 cas boivent moins ou plus du tout, et il est remarquable que sur ces 31 cas, 15 étaient de gros alcooliques qui buvaient plus de 2 litres par jour.

Au total 22,9% de nos traumatisés boivent après l'accident plus de 1 litre de vin par jour ce qui représente une diminution de 5% par rapport à la période précédent le traumatisme.

L'influence du traumatisme crânien sur un alcoolisme préexistant ou postérieur parait variable à la lueur de nos résultats. Pour certains le traumatisme crânien joue un rôle favorable, entraînant jusqu'à la guérison totale de l'alcoolisme pour des raisons difficiles à élucider : perte de l'habitude par suppression obligatoire lors d'une hospitalisation prolongée perte de la nécessité de boire, vu une modification professionnelle, hypersensibilité à l'alcool avec intolérance relative, prévention volontaire etc... Pour d'autres, le traumatisme crânien entraîne un alcoolisme secondaire plus ou moins de compensation, fonction d'une mauvaise insertion sociale.

Cet alcoolisme après traumatisme crânien touche dans la majorité des cas des sujets non alcooliques auparavant.

B - RETENTISSEMENT DU TRAUMATISME CRANIEN SUR LE TRAVAIL.-

Ce paragraphe est à notre sens particulièrement important, car c'est de cette étude surtout, que découleront les conclusions sur les difficultés de remise au travail des traumatisés crâniens.

En premier lieu, quelle a été la durée de l'interruption de travail provoquée, soit par l'hospitalisation, soit par le repos ?.

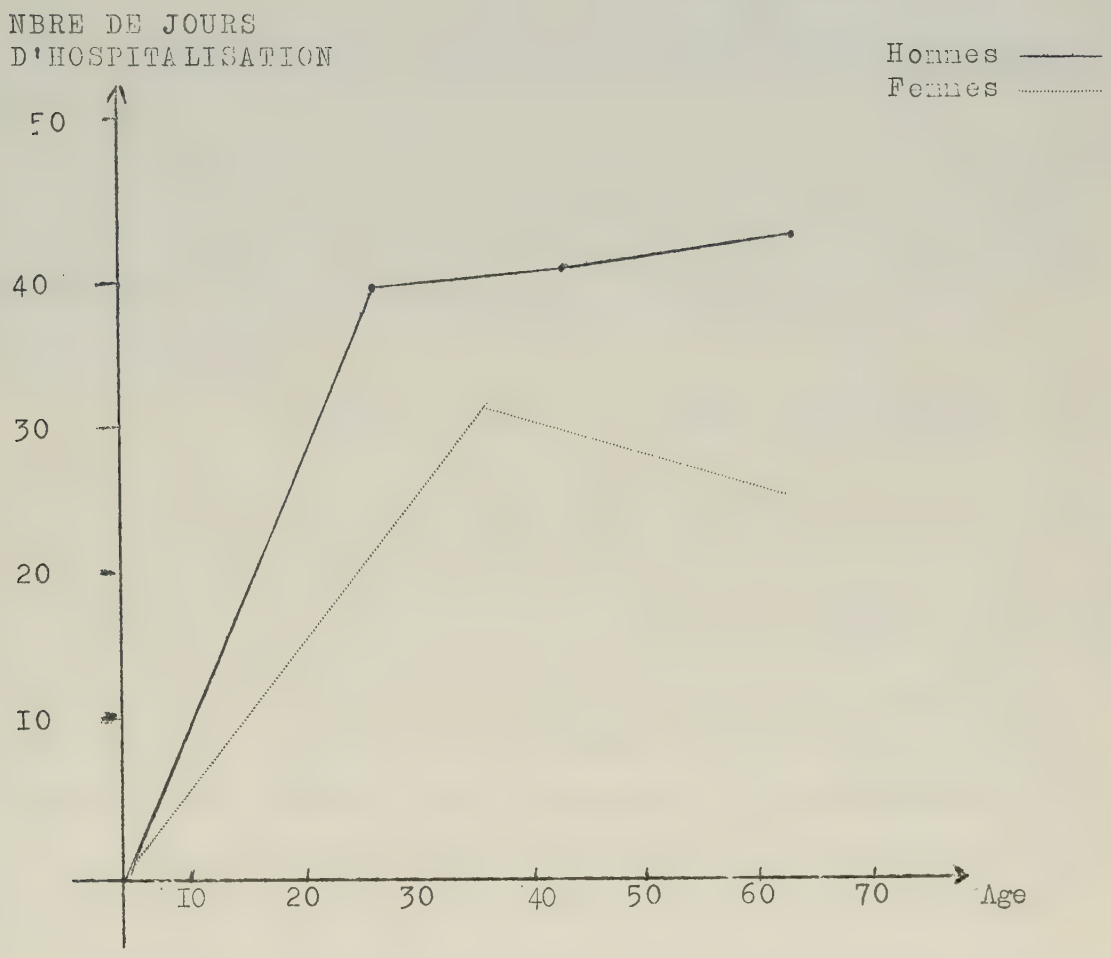
I°/ Durée d'hospitalisation

319 réponses concernent cette question. La moyenne de la durée d'hospitalisation est de 35, 1 jours.

Une étude faite en fonction de l'âge et du sexe (Cf Graphique III) montre que :

La durée d'hospitalisation augmente avec l'âge chez les hommes, alors que chez les femmes elle est maxima entre 17 et 48 ans, et que de plus les femmes sont hospitalisées moins longtemps que les hommes, et ceci de façon trés nette.

G R A P H I Q U E III



Durée (en jours) de l'hospitalisation
en fonction de l'âge et du sexe.

Moyenne HOMMES + FEMMES : 35 JOURS

Durée moyenne d'hospitalisation pour les hommes :

40, 1 jours

Durée moyenne d'hospitalisation pour les femmes :

29, 3 jours

Soit une durée d'hospitalisation réduite de 25% chez les femmes.

L'explication semble être double : les traumatismes crâniens sont en général moins importants chez les femmes mais aussi il est beaucoup plus difficile à une femme qu'à un homme, d'abandonner longtemps son foyer.

2°) Durée du repos

Elle est en moyenne de 89 jours pour l'ensemble de nos traumatisés.

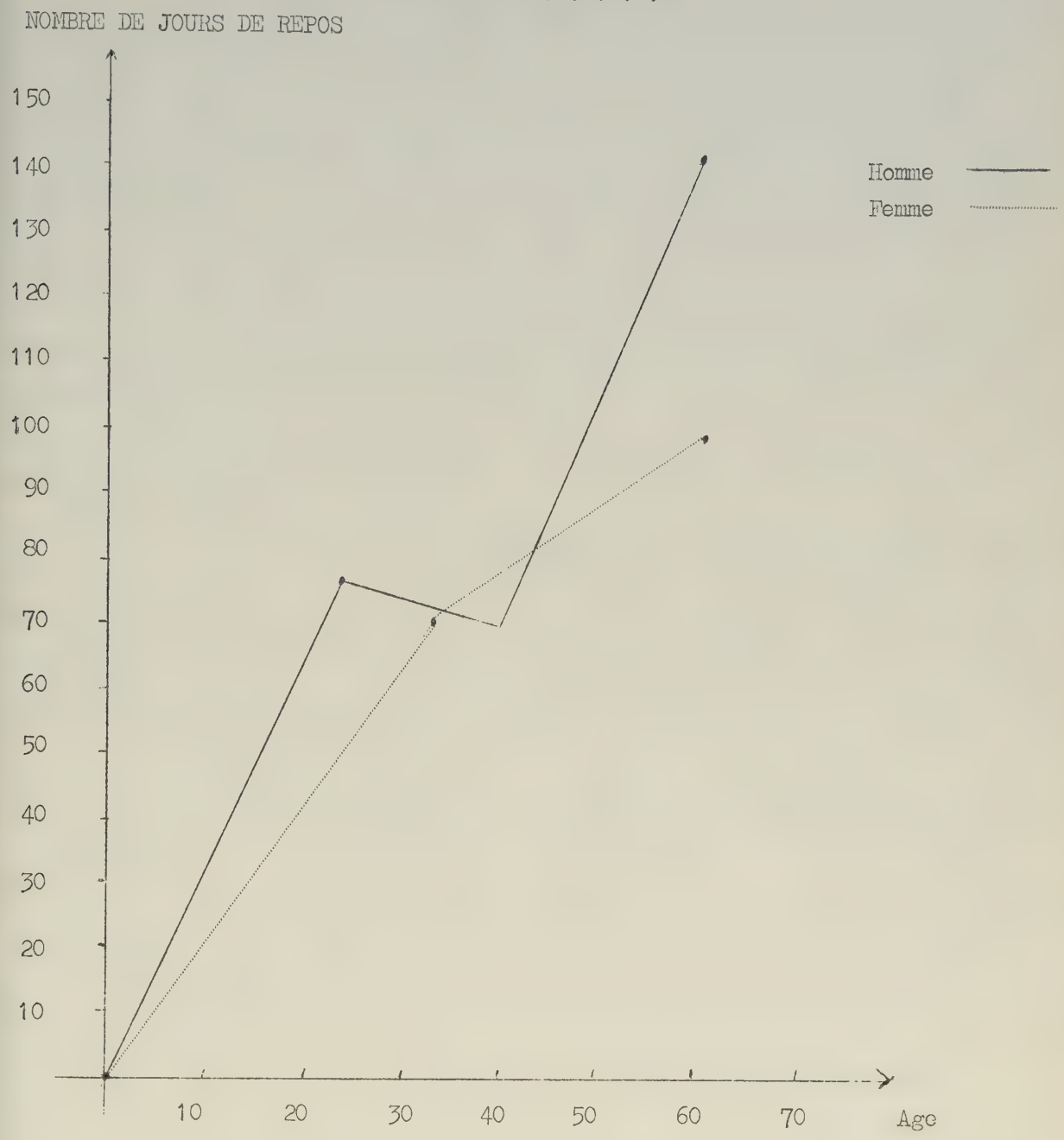
Le graphique IV nous montre que chez les hommes comme chez les femmes, la durée du repos augmente rapidement avec l'âge, avec cependant une petite pause chez les hommes de 31 à 50ans qui sont ceux dont le repos est le plus bref. Cette pause entre 31 et 50 ans met en relief l'influence de l'insertion socio-professionnelle, période d'efficience maximale avec soucis des responsabilités personnelles, familiales et professionnelles.

La différence entre les hommes et les femmes est ici moins sensible que pour l'hospitalisation, mais malgré tout c'est la femme qui reprend la première son travail.

Durée moyenne du repos chez les hommes : 92,8 jours

Durée moyenne du repos chez les femmes : 78,8 jours

G R A P H I Q U E IV



Durée du repos (en jours) après l'hospitalisation en fonction de l'âge et du sexe.

Moyenne HOMMES + FEMMES : 89 jours

Nos moyennes ne sont pas trés éloignées de celles données par CHARTON, pour qui la durée moyenne d'arrêt de travail après un traumatisme crânien est de 73 jours. Nous sommes également assez proches des pourcentages de RUSSEL donnés dans notre premier chapitre. Mais, par contre, notre répartition est fort différente de celle rapportée aux VI Journées Nationales de Médecine du Travail.

Dans l'ensemble, nos cas se sont moins arrêtés, ont repris plus tôt et plus nombreux leur travail. Le tableau II donne les différents pourcentages.

3°) Reprise à temps partiel

Après une longue interruption de travail, nous venons de voir, qu'en moyenne cette interruption est de I24 jours (Hospitalisation plus Repos) le traumatisé a quelques difficultés à reprendre d'emblée son travail. Aussi apparait-il souvent souhaitable de ne le remettre au travail que progressivement c'est à dire à temps partiel.

Quel est dans notre enquête le pourcentage de cas ayant repris à temps partiel et quelle est la durée de cette reprise ?

43 de nos blessés, représentant I2,7% des cas de notre enquête, ont repris le travail à temps partiel :

Parmi des 43 cas nous comptons :

- 35 hommes soit I4, I% des hommes,
- 8 femmes soit 8,7 % des femmes.

Donc, trés nette prédominance des hommes. La durée moyenne de la reprise à temps partiel est de 24I, 3 jours.

Mais; cette durée varie considérablement en fonction de l'âge et du sexe. Nous donnons ci-après. . les résultats par sexe et classes d'âges.

	RESULTATS TOULOUSE		RESULTATS PERSONNELS	
	NBR DE CAS	%	NBR DE CAS	%
PAS D'ARRET DE TRAVAIL	7	I,5	11	3, 6
REPRISE AVANT I MOIS	43	9,2	IOI	33, 2
REPRISE AVANT 3 MOIS	I08	23,2	II8	38, 8
REPRISE AVANT 6 MOIS	I29	27,6	48	I6
REPRISE AVANT I AN	72	I5,4	I4	4, 6
REPRISE ARRES I AN ET PLUS	58	I2, 4	IO	3, 2
N'AYANT PAS REPRIS	50	IO,7	2	0, 6
TOTAL	467	IOO %	304	IOO %

TABLEAU II

Age	Nbr de cas	Durée en jours	% des cas	% dans la classe d'âges
	HOMMES			
I7 à 30 ans	I4	I5I,6	40	I6,8
3I à 50 "	I3	222,6	37,2	I3,8
5I à 70 "	8	383,8	22,8	II,4
	FEMMES			
I7 à 48 ans	6	6I,6		
49 à 70 ans	2	460.		

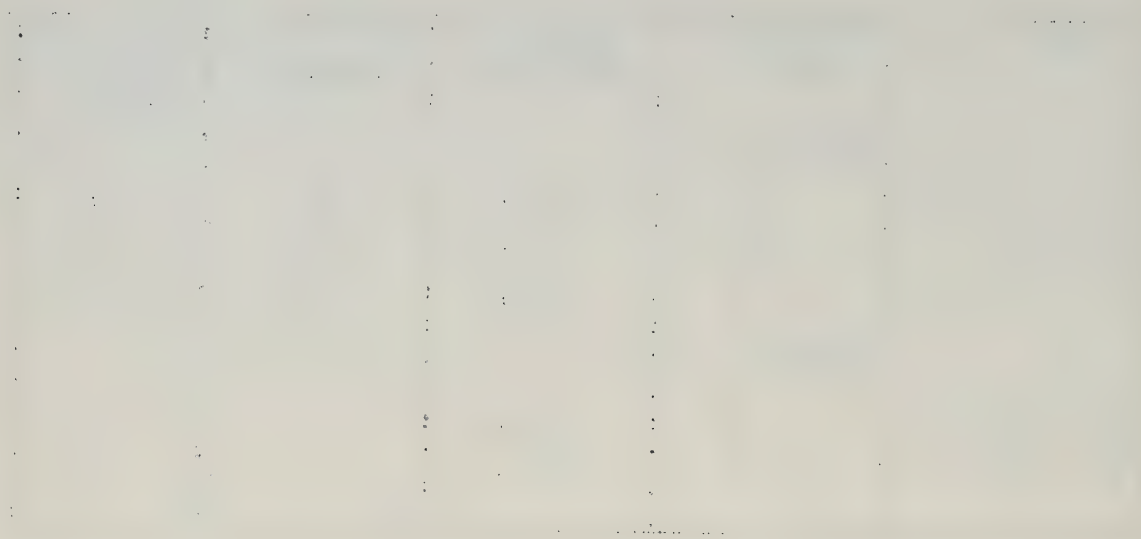
La durée de la reprise du travail à temps partiel augmente considérablement avec l'âge, passant de I5I,6 jours entre I7 et 30 ans à 383,8 jours entre 5I et 70 chez les hommes, et cette augmentation est encore plus nette chez les femmes passant de 6I,6 jours entre I7 et 48 ans à 460 jours entre 49 et 70 ans. Mais le nombre de cas chez les femmes est trop faible pour en tirer des pourcentages et des conclusions.

Ce que nous pouvons encore dire c'est que les jeunes sont plus nombreux à reprendre à mi-temps et que le pourcentage I2,7% de reprise à mi-temps, nous parait particulièrement faible. Nous n'avons malheureusement, trouvé, aucune statistique nous permettant d'établir une comparaison.

4°) Gène dans le travail

Donc, à l'issue d'une hospitalisation, puis d'un repos et éventuellement d'une période de travail à temps partiel, le blessé va reprendre un travail normal.

Est-il gêné dans ce travail ?



Le graphique V nous donne les réponses que nous avons reçues à cette question en fonction de l'âge et du sexe.

58,8 % de nos traumatisés se déclarent gênés dans leur travail, soit 60,3% des hommes et 54,9% des femmes.

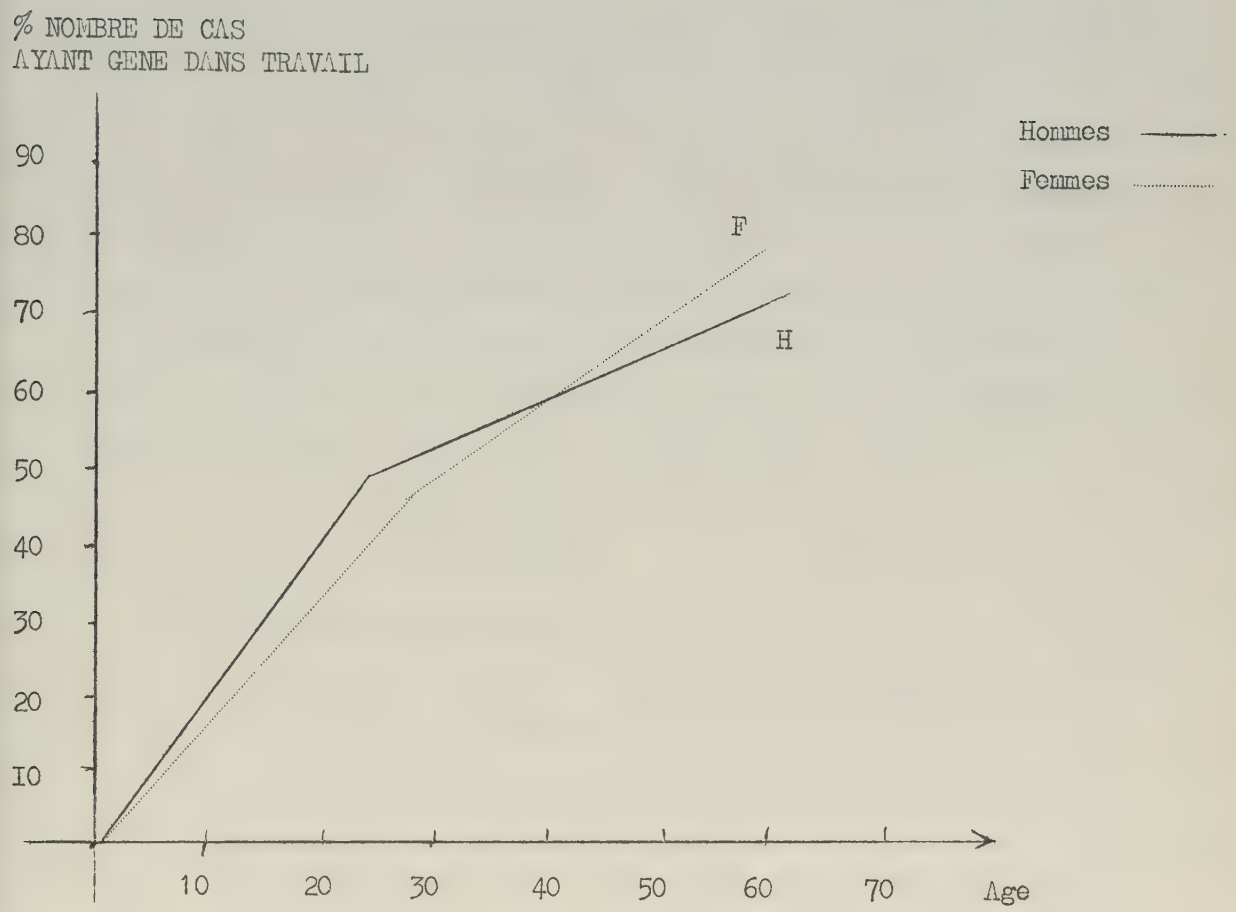
Ici encore les pourcentages des cas présentant une gêne augmentent rapidement avec l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Voici, les nombres de cas et les pourcentages obtenus en fonction de l'âge et du sexe.

SEXE	AGE	NBR DE CAS ayant une gêne dans le travail	% dans les classes d'âges
HOMMES	I7 à 30 ans	40	48,I
	3I à 50 ans	58	6I,I
	5I à 70 ans	5I	72,8
FEMMES	I7 à 48 ans	33	47,9
	49 à 70 ans	I7	77

Il est donc incontestable que, même si ces pourcentages sont discutables en raison de la trop grande subjectivité des réponses dont ils sont issus, il existe une proportion importante d'anciens traumatisés crâniens qui présentent une gêne dans leur travail.

G R A P H I Q U E V



GENE DANS LE TRAVAIL EN FONCTION
DE L'AGE SEXUEL .

5°) Le Salaire

Pour tenter de mieux connaître l'importance de cette gène qui résume toutes les difficultés rencontrées lors de la remise au travail des traumatisés crâniens, nous allons l'envisager, d'un point de vue qui puisse se chiffrer et qui en est le fidèle reflet : le Salaire.

Après en avoir étudié le devenir brut, à savoir si ce salaire est resté identique, a augmenté ou a diminué, nous chercherons les causes de cette stagnation, de cette regression ou d'une éventuelle progression.

Sur 338 cas, il nous faut retirer les 34 ménagères non salariées, les 5 rentiers et les 7 sans réponse : il nous reste donc 292 cas, se répartissant ainsi :

- 228 hommes
- 64 femmes

a) Devenir du Salaire

-225 font état d'un salaire identique avant et après leur traumatisme soit : 77, 06%

- 57 font état d'un salaire diminué après leur traumatisme soit : I9, 52%
- I0 font état d'un salaire augmenté après leur traumatisme soit : 3, 42%

b) Salaire et Sexe

L'étude de ces variations selon le sexe donne:

SEXE	SALAIRE	Nbr. cas	%
HOMMES	Diminué	47	20, 6
	Augmenté	5	2, 02
	Identique	I76	77, 38
FEMMES	Diminué	I0	I5,6
	Augmenté	5	7,8
	Identique	49	76,6

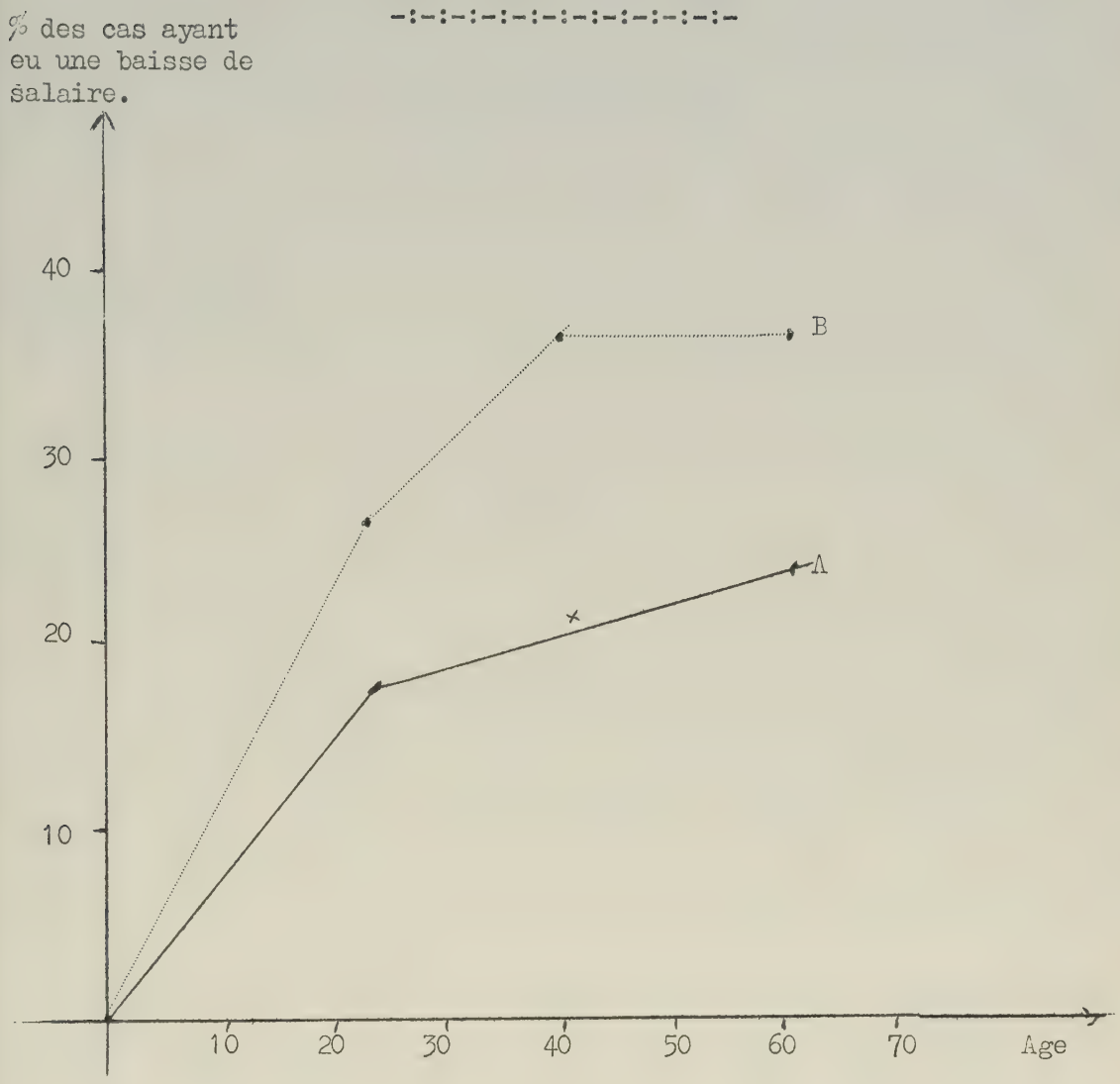
Il faut remarquer dès maintenant les pourcentages trés faibles d'augmentation de salaire surtout sensibles chez les hommes 2, 02 %. Il semble donc exister après le traumatisme une stagnation, une certaine impossibilité à gravir les échelons.

c) Salaire - Age

L'étude du salaire en fonction de l'âge a été faite pour les cas ayant subis une diminution de salaire (cf. Graphique VI) et pour ceux ayant gardé un salaire identique après l'accident (cf Graphique VII).

Nous constatons que, le pourcentage des sujets ayant subi une perte de salaire, est maximum entre 50 et 70 ans (courbe A Graphique VI). Cependant à l'intérieur du groupe de sujets ayant eu une diminution de salaire, les pourcentages sont équivalents entre 3I et 50 ans et 5I à 70 ans (courbe B Graphique VI).

G R A P H I Q U E VI

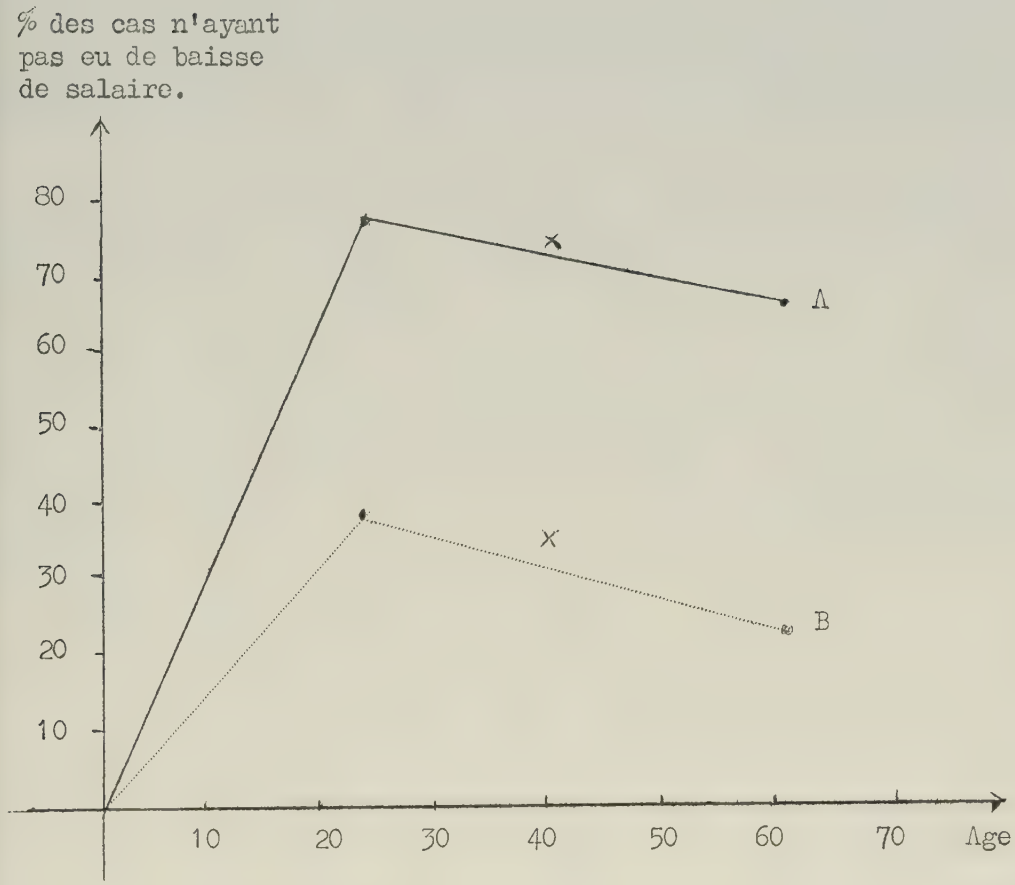


% DES TRAUMATISES CRANIENS AYANT SUBI UNE DIMINUTION DE SALAIRE EN FONCTION DE L'AGE .

—— COURBE A.: % PAR RAPPORT A TOUS LES T.C.

..... COURBE B. : % PAR RAPPORT AUS SEULS T.C. AYANT SUBI UNE DIMINUTION DE SALAIRE .

G R A P H I Q U E VII



% DE TRAUMATISES CRANIENS N'AYANT PAS SUBI DE DIMINUTION DE SALAIRE EN FONCTION DE L'AGE.

COURBE A.: % PAR RAPPORT A TOUS LES T.C.

COURBE B.: % A L'INTERIEUR DU GROUPE QUI N'A PAS SUBI DE BAISSE DE SALAIRE.

Les constatations sont inverses dans le groupe des gens ayant gardé un salaire identique. C'est chez les jeunes que les plus forts pourcentages sont trouvés, que l'on étudie ces pourcentages par rapport à tous les traumatisés craniens(courbe A Graphique VII) ou par rapport aux seuls sujets gardant un salaire identique (courbe B Graphique VII)

Nous ferons maintenant intervenir dans l'étude du salaire toute une série de facteurs résultants du traumatisme cranien.

Nous étudierons le devenir du salaire en fonction de l'existence ou de l'absence de ces facteurs, en fonction du sexe et éventuellement de l'âge.

Notre étude porte essentiellement sur les traumatisés ayant eu une diminution de salaire ou ayant gardé un salaire identique. Le nombre trop restreint de cas ayant eu un salaire augmenté nous interdit d'en faire une étude statistique.

d) Salaire et arrêt de Travail

En premier lieu quelle est l'influence de la durée de l'hospitalisation et du repos sur le salaire ?
Nous avons vu que les moyennes générales étaient :

Pour l'hospitalisation de : 35 jours
Pour le repos de : 84 jours

Or chez les hommes ayant subi une baisse de salaire les moyennes sont les suivantes :

Hospitalisation : 40 jours
Repos :164 jours.

La durée de repos est donc presque double de la moyenne de nos 338 sujets.

e) Salaire Rendement

Les résultats sont donnés dans les 2 tableaux ci-dessous :

SEXE	NOMBRE de TRAUMATISES ayant subi une baisse de salaire	NOMBRE de CAS présentant une BAISSE du rendement.	%
Hommes	47	36	83
Femmes	I0	I0	I00
Hommes + Femmes	57	46	8I

SEXE	NOMBRE de TRAUMATISES crâniens n'ayant pas subi une baisse de salaire.	NOMBRE de CAS présentant une BAISSE du rendement.	%
Hommes	I76	78	47
Femmes	49	24	48,9
Hommes + Femmes	225	I02	45

Deux remarques sont à faire :

- l'importance du pourcentage de sujets présentant une baisse de rendement, dans le groupe ayant subi une diminution de salaire.

- le fait que 45% des sujets dont le salaire n'a pas varié, accusent une baisse de rendement. Beaucoup d'entr'eux expliquent que, si leur salaire n'a pas varié, c'est qu'ils arrivent à compenser leur baisse de rendement par un effort supplémentaire, qui entraine une fatigue accrue.

f) Salaire : Attention - Lenteur - Précision - Bruit -

Pouvons nous maintenant découvrir et tenter de chiffrer, les causes de ce rendement moindre . Quatre facteurs sont étudiés dans les tableaux ci-après dans leurs rapports avec le salaire , une plus grande lenteur, une précision moindre une baisse de l'attention, le bruit difficilement supporté

E	Traumatisés crâniens ayant subi une baisse de salaire.	Nbre de cas PLUS LENTS	%
mes	47	35	74
mes	I0	6	660
nes nes	57	4I	72

SEXE	Traumatisés crâniens n'ayant pas subi une baisse de salaire.	Nbre de cas PLUS LENTS	%
Hommes	I76	82	47
Femmes	49	I9	39
Hommes + Femmes	225	IOI	45

SEXE	Traumatisés crâniens ayant subi une diminution de salaire.	Nbre de cas MOINS PRECIS	%
Hommes	47	32	68
Femmes	I0	6	60
Hommes + Femmes	57	38	68

SEXE	Traumatisés crâniens n'ayant pas subi une baisse de salaire.	Nbre de cas MOINS PRECIS	%
Hommes	I76	78	44
Femmes	49	23	47
Hommes + Femmes	225	IOI	45

SEXE	Traumatisés crâniens ayant subi une baisse de salaire.	Nbre de cas ayant subi I baisse de l'attention	%
Hommes	47	30	64
Femme	I0	4	40
Hommes + Femmes	57	34	60

SEXE	Traumatisés crâniens n'ayant pas subi une baisse de salaire	Nbre de cas ayant subi I baisse de l'attention	
Hommes	I76	78	44
Femmes	49	28	57
Hommes + Femmes	225	I06	47

SEXE	Traumatisés crâniens avec baisse de salaire.	Nbre de cas Supportant mal le bruit	%
Hommes	47	37	79
Femmes	I0	7	70
Hommes + Femmes	57	44	77

SEXE	Traumatisés crâniens sans baisse de salaire	Nbre de cas Supportant nal le bruit	%
Hommes	I76	I09	62
Femmes	49	3I	63
Hommes + Femmes	225	I40	62

Quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer de ces résultats ?

Dans les quatre études concernant : la lenteur, la précision, l'attention, le bruit, le pourcentage de sujets présentant des troubles est beaucoup plus important dans les cas où le salaire a été diminué que dans ceux où le salaire n'a pas varié.

Une mention toute particulière doit être faite à propos de l'influence sur le salaire de la diminution de la " rapidité d'exécution" qui touche 72% des cas ayant subi une diminution de salaire. Cette"rapidité d'exécution", facteur essentiel dans la vie moderne où règne la productivité, semble être électivement touchée dans les séquelles des traumatismes crâniens et explique en partie, semble - t - il la diminution et la stabilisation du salaire.

Par contre, d'après nos statistiques le rôle de l'intolérance au bruit semble jouer un rôle accessoire sur le salaire, puisque les chiffres sont presque équivalents chez les gens ayant ou n'ayant pas subi de diminution de salaire.

Cette intolérance au bruit est pourtant considérée par les auteurs, notamment Britanniques, comme l'une des difficultés majeures à la réadaptation professionnelle.

Si l'on considère les sujets n'ayant pas subi une diminution de salaire , on note que : une précision moindre une baisse de l'attention, une plus grande lenteur touchent toutes trois, 45 % des sujets, pourcentage identique à celui de la baisse rendement.. Il semble donc que le rapport entre ces trois troubles et le rendement soit assez direct sans qu'aucun des trois ne puisse particulièrement être mis en cause.

Les pourcentages notés chez les femmes sont moins importants que chez les hommes, surtout parmi les sujets ayant subi une baisse de salaire.

g) SALAIRE - PROFESSION ANTERIEURE.

Nous chercherons maintenant à savoir s'il existe un rapport entre la diminution de salaire et la profession du traumatisé avant son accident. Il apparaît dans notre statistique que les pertes de salaire sont beaucoup plus fréquentes : chez l'ouvrier, qu'il soit spécialisé ou non qu'il soit du bâtiment ou de la métallurgie, et chez le cultivateur et l'artisan.

Le petit employé d'administration est peu touché. Les professions libérales, les cadres, les ingénieurs ne subissent aucune perte de salaire après leur traumatisme.

Pourcentage des sujets ayant subi une perte de salaire par rapport à la profession antérieure au traumatisme crânien.

Profession antérieure	Nombre de cas :	%
Manoeuvres	9 sur 39 soit	23%
Ouvriers du Bâtiment	9 " 36 "	25%
Ouvriers spécialisés	5 " 28 "	I7,8%
Cultivateurs Artisans, Commerçants	7 " 24 "	29%
Petits employés d'administration	2 " 25 "	8%
Ouvriers (Electricité (Mécanique (Métallurgie	9 " 36 "	25%
Ouvriers non qualifiés	I2 " 63 "	I9%
Professions libérales Cadres subalternes Ingénieurs Militaires	0	

Le chiffre moyen de 25% de sujets ayant subi une perte de salaire traduit l'handicap professionnel chiffrable et moyen des traumatisés crâniens. La concordance de ce chiffre dans les diverses activités à dominance manuelle et matérielle permet d'en tenir compte valablement. Par contre l'absence de diminution de salaire dans les autres catégories pose le problème de la compensation ou même du dépassement de l'handicap occasionné par le traumatisme crânien ; solution fournie par l'employeur qui maintient les avantages acquis, solution acquise par l'interessé qui domine

volontairement ou inconsciemment son handicap, et facilitée par des conditions de travail moins pénibles physiquement.

"HYPOTHESE":'Tout traumatisme crânien n'est-il pas susceptible de " déterminer une modification dans la dynamique circulatoire cérébrale, " c'est-a-dire une adaptation moins efficace du tissu cérébral à " l'activité, capable de mieux s'extérioriser lors du travail physique qui diminue les disponibilités circulatoires ?"

h) SALAIRE - RECLASSEMENT - REEDUCATION PROFESSIONNELLE.

L'étude précedente montre l'importance qu'a la profession antérieure du traumatisé sur le devenir de son salaire après l'accident.

Il nous semble donc interessant de voir si un reclassement professionnel ou une rééducation professionnelle peuvent permettre au traumatisé de retrouver un salaire normal.

Les pourcentages de reclassement chez les blessés ayant subi une diminution de leur salaire sont donnés dans le tableau ci-dessous et sont comparés aux pourcentages de reclassement chez les blessés dont le salaire n'a pas varié.

SEXE	Nombre de traumatisés crâniens avec ~~baisse de salaire~~.	Reclassement effectif	%
Hommes	47	4	8,7%
Femmes	IO	2	20 %
Hommes + Femmes	57	6	IO,5%

SEXE	Nombre de traumatisés crâniens sans baisse de salaire	Reclassement effectif	%
Hommes	I76	5	3%
Femmes	49	0	
Hommes + Femmes	225	5	2%

Il ressort des chiffres que 3,9% des traumatisés crâniens nécessitent, en fait, un reclassement, permettant à un peu moins de la moitié d'entre eux de garder leur salaire antérieur, aux autres ce reclassement n'apporte pas entière satisfaction, puisqu'ils voient malgré lui baisser leur salaire.

Les pourcentages concernant la rééducation professionnelle en fonction du salaire après l'accident sont résumés ci-dessous.

SEXE	Nombre de traumatisés crâniens avec baisse de salaire.	Ayant eu rééducation professionnelles	%
Hommes	47	9	I9%
Femmes	I0	I	I0%
Hommes + Femmes	57	I0	I8%

SEXE	Nombre de traumatisés crâniens sans baisse de salaire	Ayant eu rééducation professionnelle	%
Hommes	I76	5	3,4%
Femmes	49	0	
Hommes + Femmes	225	5	2%

Ainsi, 5,3% des traumatisés crâniens bénéficient d'une rééducation professionnelle qui ne porte de fruit c'est-à-dire supprime l'handicap professionnel que dans le tiers des cas. Ceci revient à dire que la rééducation est moins importante que la réinsertion professionnelle sinon sociale.

En conclusion de ce paragraphe concernant l'étude du reclassement et de la rééducation professionnelle dans leur répercussion sur le salaire, nous pouvons dire que l'avenir professionnel du traumatisé crânien est fonction moins des séquelles que du climat socio-professionnel et de la perspective personnelle du blessé sur son travail. La coopération active du blessé prime toute les mesures sociales propres à la réhabilitation, à la rééducation ou au reclassement.

i) SALAIRE - I.P.P.

L'existance d'une incapacité permanente partielle peut-elle expliquer la diminution de salaire.

Les résultats sont donnés à la page suivante .

SEXE	Nbr. T.C. avec baisse salaire	I.P.P. sup. à 50%	%
Hommes	47	4	8,7%
Femmes	I0	0	
Hommes + Femmes	57	4	7%

SEXE	Nbr. T.C. sans baisse salaire	I.P.P. sup. à 50%	%
Hommes	I76	7	4%
Femmes	49	I	2%
Hommes + Femmes	225	8	3,5%

7% seulement des sujets présentent une incapacité permanente partielle supérieure à 50% dans le prenier groupe ayant subi une diminution de salaire. 3,5% dans le groupe dont le salaire n'a pas varié.

Il ne semble donc pas que ce puisse être l'existence d'une incapacité partielle même importante (supérieure à 50%) qui soit à l'origine de la diminution de salaire enregistrée chez 57 de nos blessés

Mais il faut remarquer que le taux d'incapacité permanente partielle évalué du point de vue strictement médical ne correspond pas à une diminution des capacités professionnelles.

SEXE	Nombre de traumatisés crâniens sans baisse de salaire.	Nombre de traumatisés crâniens suivant un traitement médical	%
Hommes	I76	35	20%
Femmes	49	I4	29%
Hommes + Femmes	225	49	2I%

Nous remarqons que 43,85% des cas ayant une baisse de salaire suivent un traitement alors que le pourcentage n'est que de 2I% chez les blessés ayant à conserver un salaire identique.

La poursuite d'un traitement n'est pas un critère de sa nécessité. Il peut traduire un état particulier de l'interessé celui d'un besoin thérapeutique, manifestant ainsi son impossibilté de dominer l'handicap laissé par l'accident, et recherchant dans la pharmacopée le médicament plus ou moins miraculeux qui lui restituera l'intégrité de son être.

Ce genre de patient constitue le type même du malade pour qui, la confiance en son médecin, des conseils et une aide éclairée font plus que n'importe laquelle d'entre les médications.

Il en demeure qu'un peu plus du quart des traumatisés crâniens (26,2 %) continue un traitement après son accident.

En effet 3,5% de nos cas maintiennent, de leurs propres aveux, un salaire identique bien que l'on ait estimé que ces sujets présentaient une réduction de Capacité de gain égale ou supérieure à 50%.

Il apparaît donc que chez nos sujets la fixation du taux de l'incapacité permanente partielle n'a pas toujours correspondu à la réduction de capacité de gain réelle.

j) SALAIRE - Traitement médical.

La poursuite, pour un certain nombre de nos blessés, d'un traitement médical après leur traumatisme crânien semble avoir une influence réelle sur le salaire. Cette obligation de traitement ne semblant d'ailleurs pas être en rapport avec la gravité initiale du traumatisme mais beaucoup plus souvent avec l'existence d'un syndrome post-commotionnel.

SEXE	Nombre de traumatisés crâniens ayant baisse de salaire	Nombre de traumatisés crâniens suivant un traitement médical	%
Hommes	47	2I	44%
Femmes	I0	4	40%
Hommes + Femmes	57	25	43,85 %

k) SALAIRE - Estimation de guérison

Ce paragraphe terminera notre étude du salaire. Nous avons déjà donné le pourcentage de blessés s'estimant guéris.

Nous allons étudier ce que devient le salaire chez les blessés ne s'estimant pas guéris.

SEXE	Nbr. T.C. avec baisse salaire	Nbr. de cas Ne s'estimant pas guéris.	%
Hommes	47	37	78%
Femmes	I0	6	60%
Hommes + Femmes	57	43	75%

SEXE	Nbr. T.C. Sans baisse salaire	Nbr. de cas ne s'estimant pas guéris.	%
Hommes	I76	96	54%
Femmes	49	27	55%
Hommes + Femmes	225	I23	54%

75% des sujets ayant eu une baisse de salaire ne s'estiment pas guéris. Proportion importante, moins surprenante cependant que les 54% de gens ayant gardé un salaire identique et qui eux non plus ne s'estiment pas guéris.

Cette étude de l'estimation de guérison est certainement le chapitre de notre étude qui est le plus influencé par l'aspect subjectif de notre enquête.

Mais c'est également sur ce chapitre que les points de vue du patient et du médecin sont les plus éloignés. C'est donc dans cette direction qu'un effort doit être fait pour essayer de comprendre pourquoi 58,86% des traumatisés crâniens ne s'estiment pas guéris.

Là encore la mauvaise adaptation socio-professionnelle de ces blessés est très certainement responsable d'une part importante de ces non-guérisons mais il doit exister des causes physiopathologiques encore mal élucidées ou inconnues.

Il demeure que malgré ce pourcentage important l'estimation par le blessé de sa guérison ou de sa non-guérison n'influe que peu sur le devenir du salaire puisque 54% des sujets gardant un salaire identique ne s'estiment cependant pas guéris.

Cette étude du salaire nous permet de dégager quelques-uns des traits dominants de l'avenir professionnel du traumatisme crânien, de ses réactions en face de sa situation nouvelle et des résultats obtenus par les mesures de réadaptation en vue de pallier l'handicap professionnel.

C'est chez le traumatisé crânien âgé de 50 ans à 70 ans du sexe masculin que l'avenir est le plus compromis surtout si sa profession lui impose une activité physique intense ou une rapidité d'exécution importante.

Cet avenir est d'autant plus compromis tant sur le plan du salaire que sur celui du rendement ou de la progression, que son traumatisme l'aura tenu plus longuement éloigné de son milieu de travail.

Une proportion importante des traumatisés ne s'estime pas

uérie, plus de la moitié et le quart de nos traumatisés poursuit
n, traitement médicamenteux dont ils attendent une guérison.

Ne recherchent-ils pas plutôt à surmonter l'handicap pro-
essionnel que ni le reclassement, ni la rééducation profession-
elle n'ont réussi à supprimer chez plus de la moitié des sujets
ui ont profité de l'une ou plusieurs de ces mesures de réadap-
ion.

Il semble que l'amélioration du climat socio-professionnel
ar la coopération active du blessé soit plus à même d'abolir
e lourd handicap qui grève l'avenir de ces blessés, que toutes
es mesures de réhabilitation, de rééducation ou de reclassement.

Les mesures de réadaptation -

Nous avons déjà étudié l'importance du nombre de traumati-
sés en fonction de la profession, et l'incidence de la profession
ntérieure sur le salaire. Il est logique d'étudier maintenant
es pourcentages de nos traumatisés ayant changé de profession.

Nous irons plus loin qu'une simple constation en étudiant
omment a été prise la décision de changer de profession : par
e traumatisé seul, ou a-t-il été aidé par une mesure de reclas-
ement de mutation ou de rééducation professionnelle, proposée
ar le Méd cin du Travail ? Enfin quelles sont les raisons qui
nt amené le Méd cin du Travail à faire ces propositions ?

Parmi les traumatisés crâniens de notre enquête, 36 n'ont
lus après leur accident la même profession qu'avant soit 10,7%
es 335 réponses.

Il nous faut éliminer 11 cas : ceux d'écoliers, de lycéens
u d'étudiants que notre enquête a touchés, pendant leur service

militaire ou déjà établis dans une profession, mais sans que nous puissions savoir si à la suite du traumatisme, ils ont dû arrêter leurs études ou modifier leurs projets initiaux dans le choix d'une profession.

Il reste 25 cas dont nous donnons ci-après sous forme détaillée la profession avant et après leur traumatisme.

PROFESSION AVANT	Nombre de cas	PROFESSION APRES
manoeuvres	2	I ouvrier non qualifié I a pris sa retraite
ouvriers spécialisés	2	I ouvrier non qualifié I a pris sa retraite
dres subalternes	I	a pris sa retraite
nagères	I	Employée d'administration
tits employés d'adminis-ation	I	Journaliste
litaire de carrière	I	Ouvrier non qualifié
vriers (Métallurgie (Electricité (Mécanique	3	I Artisan I ouvrier non qualifié I a pris sa retraite
ntiers	2	I petit employé d'administration I ouvrier non qualifié
vriers non qualifiés	I2	2 ouvriers du Bâtiment 2 ouvriers de la Métallurgie 5 manoeuvres I ouvrier spécialisé 2 ont pris leur retraite.

En fait sur 25 cas , 6 ont pris leur retraite donc I9 seulement ont dû choisir un métier nouveau.

I2 ont changé de profession sans qu'interviennent ni le Médecin du Travail, ni mutation, ni reclassement ou rééducation Sur I2 personnes :

- 2 ont subi une perte de salaire,
- 8 ont gardé un salaire inchangé,
- 2 ne précisent pas.

Sur les 7 autres cas ayant changé de profession après avis du Médecin du Travail :

- 3 ont été reclassés
- 2 mutés
- I rééduqué.

Cependant ces chiffres bruts sont faussés par la classification des professions que nous avons dû adopter pour pouvoir transcrire nos résultats sur fiches perforées. En effet un ouvrier chaudronnier devenant magasinier dans la même usine n'apparait pas sur nos statistiques. Par contre, il nous dira dans le questionnaire qu'il a subi une mesure de reclassement de mutation ou de rééducation professionnelle et nous allons le retrouver maintenant en étudiant.

Les mesures de reclassement

Nous verrons ces mesures de reclassement en fonction de divers facteurs pour tenter de découvrir quel est ou quels sont les facteurs déterminant le plus souvent une proposition de reclassement. Nous étudions successivement le reclassement en fonction : de l'estination de guérison, de l'existence d'une gène dans le travail, du rendement, du bruit supporté, de l'obligation de suivre un traitement médical, de l'existence d'une incapacité permanente partielle.

Sur nos 335 cas I5 propositions de reclassement ont été faites par les Médecins du Travail, I3 ont été effectives.

a) Estimation de guérison et reclassement -

Nous savons que I95 traumatisés ne s'estiment pas guéris.
I37 se considèrent guéris.
II reclassements ont été proposés chez les non guéris soit 5,6 % des I95 cas et 85% des reclassements effectifs.

Chez les guéris 2 propositions seulement de reclassement soit I,4% des I37 cas et I6% des reclassements effectifs.

b) Existence d'une gène dans le travail et reclassement.

I85 cas de gène dans le travail.
2 reclassements proposés seulement soit :
- I,08% des I85 cas,
- I6% des reclassements.

c) Rendement et reclassement -

I72 cas ont subi une baisse de rendement
I4 propositions de reclassement ont été faites soit :
8;I% des I72 cas
et 93,3 % des propositions de reclassement.

d) Bruit et Reclassement.

Le bruit est mal supporté par 222 personnes, un reclassement a été proposé à I4 d'entre elles soit 6,2% des gens ne supportant pas le bruit et 93,3%, des reclassement proposés.

e) Traitement médical et Reclassement.

87 personnes suivent un traitement médical à la suite de leur traumatisme ,

8 ont eu des propositions de reclassement soit 9,2% d'entre elles, et
53,3% des reclassements.

f) I.P.P. et Reclassement-

Enfin I4 cas ont une incapacité permanente partielle supérieure à 50%. Quatre de ces personnes ont eu une proposition de reclassement soit 28% d'entre elles et
26,6 % des reclassements.

Donc le fait de ne pas être guéri, le fait d'avoir une baisse de rendement et de ne pas supporter le bruit sont les trois grands facteurs qui ont déterminé une mesure de reclassement.

- Les mutations sont plus souvent proposées que le reclassement

Elles le furent chez 2I de nos traumatisés. 20 fois chez les hommes, et I fois chez les femmes soit dans 6,2% des cas.

- La rééducation professionnelle : elle fut mise en oeuvre chez I5 de nos traumatisés : I4 hommes et I femme. Il est à remarquer qu'elle fut appliquée I2 fois chez les gens qui ne se considéraient pas comme guéris, et 3 fois seulement chez des gens guéris. Dans deux cas la proposition de rééducation fut refusée par le patient ; une fois à cause de l'éloignement du Centre de Rééducation, la deuxième fois elle avait été proposée à un homme de 53 ans.

Donc au total si l'on veut connaître le nombre exact de sujets pour lesquels le traumatisme a entrainé une modification dans la vie professionnelle il faut ajouter aux I2 sujets ayant changé seuls de profession les 6 sujets qui ont pris leur retraite et les 49 qui ont bénéficié d'une mesure de reclassement, d'une mutation ou d'une rééducation professionnelle. Nous obtenons ainsi un total de 67 sujets soit

I9,82% de l'ensemble de nos cas. Ce chiffre est à rapprocher des I9,52% de nos sujets qui ont subi une diminution de salaire du fait de leur traumatisme crânien.

La dernière remarque que nous ferons à propos des mesures de réadaptation est la faible influence du Médecin du travail.

Trop souvent le Médecin du travail est mal informé lors de l'embauche ou de la réembauche. Les informations dont il dispose lors de ces visites sont limitées aux déclarations souvent volontairement optimistes de l'intéressé. Celui-ci plus désireux d'obtenir un salaire qu'un travail, minimise ses troubles, ses défaillances, son handicap, dans la crainte où il est de se voir confier un poste subalterne donc un salaire moindre ou même de se voir refoulé.

De plus le Médecin du travail se trouve souvent dans l'impossibilité d'agir face à une évolution longue et fixée du blessé dont la réorientation première après le traumatisme n'aura pas été correcte.

Dès lors le sujet refusera bien souvent une nouvelle mesure de reclassement de peur de courir une fois encore vers un échec.

Il semble donc que si l'on veut obtenir une aide valable de la part du Médecin du travail en faveur du traumatisé crânien, il faut fournir au Médecin une information complète en l'absence de laquelle il ne peut procéder à une orientation correcte, qui demeure la condition première d'une réinsertion socio-professionnelle satisfaisante.

Retentissement sur la vie familiale et sociale.

Toute vie communautaire, que cette communauté soit celle des hommes ou celle que forme une famille, nécessite de la part de l'individu qui y est intégré, une certaine discipline une certaine souplesse de caractère, mais aussi une énergie indispensable pour prendre les décisions qui s'imposent et supporter les ennuis qui sont le lot de chacun.

Les traumatisés crâniens sont-ils à même après leur traumatisme de se plier à ces règles indispensables à une bonne adaptation familiale et sociale ?

Nous avons posé la question à nos traumatisés sous la forme suivante :

" Supportez-vous comme avant, les enfants, les ennuis"?

Voici quelles furent leurs réponses :

NON dans 59,9% des cas avec des pourcentages presque identiques selon le sexe.

60% de NON chez les hommes

57,1% de NON chez les femmes.

Là encore l'âge vient aggraver ces troubles puisque le pourcentage de NON est de :

44% dans le groupe 17 à 30 ans.

77% dans le groupe 51 à 70 ans.

La différence des pourcentages entre le groupe de 17 ans à 30 ans et celui de 51 à 70 ne peut-elle être expliquée par l'intervention de l'âge qui peut expliquer à lui seul les difficultés rencontrées par le deuxième groupe pour supporter les enfants et les ennuis.

Il demeure que 44% de nos traumatisés crâniens âgés de 17 à 30 ans supportent moins bien les enfants et les ennuis.

Ceci cependant ne semble pas entraîner dans les ménages où l'un des conjoints a subi un traumatisme crânien, une baisse de la natalité puisque dans notre enquête I8,9% de nos traumatisés ont eu des enfants après leur accident soit I9,4% des hommes et I7,58% des femmes.

Une vie communautaire n'est cependant pas faite que d'ennuis mais aussi de goûts communs notamment en ce qui concerne les distractions.

Quelles sont les distractions les plus courantes mises à la disposition du citoyen d'une cité moderne ? La T.S.F., la Télévision, le Cinéma.

Là encore nous avons voulu savoir si nos traumatisés étaient toujours capables d'apprécier ces distractions.

Les résultats sont donnés ci-dessous en fonction du sexe et de l'âge.

E	AGE	Pourcentage de Traumatisés crâniens ne supportant pas :		
		Télévision	Cinéma	T.S.F.
ES	I7 à 30	36,I%	32,5%	20,4%
	3I à 50	52,I%	43,6%	40,4%
	5I à 70	5I,4%	57,I%	38,5%
ES	I7 à 48	43,4%	3I,8%	34,7%
	49 à 70	54,5%	50 %	40,9%
ES ES	I7 à 70	46,4%	4I,6%	34 %

C'est donc en premier lieu la Télévision qui est la moins bien supportée puisque 46,4% des sujets ne peuvent plus regarder ses émissions. Puis vient le Cinéma avec 41,6% enfin la T.S.F. avec 34%.

Ces pourcentages sont vraisemblablement un peu forts car il existait trés certainement parmi les blessés des sujets ne supportant pas l'une ou l'autre de ces distractions avant leur traumatisme.

Notons que l'âge aggrave les troubles dans des proportions considérables. Mais là encore n'est-il pas seul en cause ?

Il semble donc à l'issue de cette étude que le traumatisé crânien rencontre d'importantes difficultés à s'intégrer à nouveau dans la vie familiale et sociale et ce, d'autant plus, que son absence en fut plus longue ouque, au contraire, il n'a pu quitter assez longtemps ce milieu pour y revenir guéri et en possession du maximum de ses moyens.

Toutes ces difficultés sont aggravées par des conditions de logement ne permettant pas au traumatisé de s'isoler facilement.

§

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

) L'étude de 338 cas de traumatismes crâniens nous a permis de rechercher dans quelle mesure les séquelles de ces traumatismes influençaient le devenir professionnel de ces blessés, selon leur appréciation personnelle.

) Les données statistiques nous ont ammenés a conctaté que 89,3% d'entre eux retrouvent leur activité professionnelle passée malgré la fréquence de troubles post-commotionnels, en maintenant dans 77,06% des cas le niveau de laur salaire alors même que pour certains, l'invalidité permanente a été évaluée a plus de 50%. Prés de 20% subissent une diminution de salaire; a peine 3% obtiennent ultérieurement une augmentation.

) Les conséquences du traumatisme crânien semblent principalement peser sur l'avenir professionnel et sur la promotion sociale, représentant a échéance plus ou moins lointaine, un handicap d'autant plus lourd que le sujet est plus âgé, qu'il est porteur de tares pathologiques plus accusées (athéromatose, éthylique chronique) qu'enfin sa formation scolaire et professionnelle est plus réduite.

) La persistance d'une fatigabilité mal expliquée, la fréquence de très brèves absences (une demi-journée à deux jours) le manque de persévérance dans l'activité apparaissent comme les raisons habituelles de cette stagnation socio-professionnelle

) La durée prolongée de toute interruption de travail qui n'est pas necessairement liée à l'importance des lésions organiques dûe au traumatisme crânien, influence généralement de

façon défavorable, la réinsertion et la réussite dans le milieu de travail.

6) Il semble que jusqu'à maintenant la participation médicale à la réinsertion professionnelle soit restée insuffisante et trop souvent ait ignoré certaines dispositions législatives susceptibles de la favoriser.
Si la collaboration de divers spécialistes intérressés, groupés ou non en une sorte de collège est souhaitable pour résoudre les problèmes posés par certains traumatisés particulièrement graves; il semble par contre que dans tous les cas le Médecin du Travail pourrait être avantageusement associé à ce reclassement professionnel. Celui-ci doit représenter une préoccupation constante dès le début du traitement. La collaboration du Médecin d'entreprise est indispensable à la fois pour l'orientation correcte du sujet et pour la surveillance de sa bonne adaptation ultérieure.

7) Enfin sur le plan de l'appréciation médico-légale, il conviendrait que l'expert puisse tenir compte de ce retentissement a terme dont il n'a pas toujours connaissance et dont les données que nous avons recueillies par notre enquête, permettent de se faire une idée.
Toutefois le caractère subjectif des informations que nous avons ainsi reçues, exige prudence et jugement nuancé de la part de l'expert.

le Doyen,
HERMANN

Le Président de la Thèse
Professeur BOURRET

VU et permis d'imprimer
LYON, le II Janvier 1962

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université :
P. LOUIS

B I B L I O G R A P H I E

ABELY - Conséquence médico-légale des amnésies post-traumatiques.
Congrés de RABAT 289. 33I; I933

ALAJOUANINE- Suites éloignées des trépanés.
Congrés de Chirurgie I929

ARNAUD - Rapport du VII Congrés international des maladies du Travail
BRUXELLES. VII - 22.26. I935.

BALISEAU - L'Electroencephalogramme, dans le traumatisme crânien fermé sa valeur médico-légale
ACTA neurol. Bel. I;I.I5. I955.

BANNEL- Les traumatismes crâniens
J. med. Bordeaux.
III0. III5. I954

BARON - Incapacité temporaire et incapacité partielle temporaire dans les accidents du travail.
Arch. mal. prof. 3 239.244 I954.

BENON - Traitement clinique et medico-légal des troubles psychiques et névrotiques post-traumatiques I9I3

BONNETON- Traitement non opératoire des traumatismes crâniens graves.
Thèse med. LYON 94 I956.

BOURRET - Valeur de l'E.E.G. dans l'expertise médico-légale des traumatismes crâniens.
Rev. med. Leg. I955

BOVIS-DAVELUY A.G.- Etat actuel en France de la réadaptation des traumatismes.
Thèse med. PARIS. 366. I953.

BRUN R. - Les névroses consécutives aux traumatismes crâniens
Arch. Suisse neuro-psychiatrie.
2.269.358. I938.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL.
Informations sociales - obligations d'emploi en France.
23 5 mars I960.

CAHUZAC : Plan d'examen d'un handicapé moteur cérébral
Toulouse med. 80.I7I.I77
II. I959

CARRIER : Séquelles tardives d'un traumatisme Crânien et données de l'électroencéphalogramme.
Thèse LYON I946

CASTETS : Trauma bénin du crâne et syndrome subjectif
Presse med 48. I780. I959

CAU : Evolutivité des séquelles cérébrales chez les traumatisés crâniens.
Ann. med .leg. 5. 5I0.5I4. I958.

CAVALIE: Les séquelles des traumatismes crâniens.
Thèse TOULOUSE I949.

CHARTON . B.Le traumatisé crânien en médecine du travail
Thèse med. STRASBOURG 39.? I960

CHAUMONT: Incapacité totale et incapacité partielle temporaire chez un traumatisé par accident du travail.
Ann. med. leg. 5. 284. 292. I957

CONSTANT J.P. - PUECH J. Traitement du syndrome subjectif des traumatisés du crâne.
Sem. Hop PARIS. 208I. 2083. I958

CORNAND .G.Les troubles de la conscience chez les traumatisés crâniens récents fermés. (valeur diagnostique et et pronostique de l'électroencéphamogramme)
Thèse med. LYON I955.

CORNIL. OLLIVIER. GASTAUD.
Intérêt médicolégal de l'électroencéphalogramme
Ann. med.leg. 27. 24. 26. I947.

COSTE DOAT : Névrose post-traumatique.
Ann. med. leg. 495. I935.

COVALT (Donald A.) Réadaption physique des traumatisés crâniens
Féfération mondiale des anciens combattants
Helsinki I958.

DELAET. Les séquelles traumatiques.
MASSON PARIS I952

- DEREUX J. DEREUX J.F. Les séquelles centrales des traumatismes crâniens fermés. Les séquelles neurologiques.
Rev. Otoneuroophtal.
30. I. 48.64. I958.

- DERRIENNEC: Les traumatismes crâniens et leurs séquelles.
Thèse BORDEAUX. II6. I956

- DERVILLEE : Le syndrome subjectif commun des Traumatisés du crâne. Ses incidences médicolégales
J. med. BORDEAUX I.34.37.I957.

- DURAND de BOUSINGEN R. Psychopathologie des traumatisés du crâne à la lumière des tests.
STRASBOURG med. 5.I0.527.53I.I954

- ELVIDGE A.R. Examen et traitement de l'epilepsie post-traumatique.
- Fédération mondiale des anciens combattants
Helsinki 6I. 86. I958.

- FAURE J. : Les Traumatisés crâniens dans le cadre de la médecine du Travail considérée à la lueur de l'électroencephalogramme
J.med. BORDEAUX II. I092.I093. I952.

- FAURE J. : Les traumatisés crâniens dans le cadre de la médecine du travail considérés à la lumière de l'électroencephalogramme
Arch. mal; Prof. I0. I3. 6I4. I952.

- FEDERATION MONDIALE DES ANCIENS COMBATTANTS. Réadaptation des blessés crâniens.
24.8. I956

- FEDERATION MONDIALE DES ANCIENS COMBATTANTS.Réunion d'experts en matière de réadaptation médicale professionnelle et sociale des traumatisés crâniens.
Helsinki I90.6.I958

- FELD M.: Les traumatisés crâniens des accidents automobiles.
Rev. Prat. 2I. 2439. 2446. I958.

- FEREY D. : Traumatismes du crâne
Médecine. chirurgie. expertise.
G. Doin. Edit. PARIS I955

- FISCHGOLD: Difficultés de l'emploi de l'électroencephalographie, dans les expertises des anciens traumatismes du crâne.
Ann. med. leg; I.23.40 I954.

- FLOTTES. PASQUET. PICARD. NAVARRE.BATHIAS. Le syndrome subjectif des traumatismes du crâne.
Etude critique et statistique
Rev. otoneuroophtal. 26. 8. 449. 454. I954.

- GARLAND H.Medical aspects of head injury.
Med. World. I. I955.

- GAUTHIER : Commission de reclassement de NANCY.
Arch. nal. Prof. 2. I90. I96. I952.

- GERAUD. BOURRET. HURON. BARRERE. CAVALIE. Les problèmes posés par l'intégration et le maintien dans les milieux de travail des traumatisés crâniens.
VI Journées Nationales de Médecine du Travail
TOULOUSE I960.

- GORDOU : Affections organiques tardives à la suite de traumatisme du crâne et problème médicolégal de l'incapacité.
Rev. Neurol. 662. I935.

- GREZES RUEFF.: Troubles cérébraux après les Traumatismes extra cérébraux.
Ann. med.leg. 5.258. 26I. I956

- GRIMOUD : Audiologie dans les expertises des traumatismes crâniens.
TOULOUSE med. 80.2.2.95. I05. I959

- HARRIES B.: Complications of head injury
Med. Press. 487. 49I. XI I956

- HECAEN . Névroses Traumatismes.
Congrés des médecins alienistes et neurologistes de langue française.
LIEGE 52ème Session I954

- HILBOM (Eoro)- Névroses et psychoses chez les traumatisés crâniens.
F.M.A.C. (Fédération mondiale des anciens combattants) HELSINKI I958

- HOESCHEL Erich : Orientation et formation professionnelle des Traumatisés crâniens.
F.M.A.C. HELSINKI I958.

- HOESCHEL Erich : Possibilités d'emploi des Traumatisés crâniens
F.M.A.C. HELSINKI I958

- JAMBON : Séquelles éloignées des gros traumatismes crâniens
Thèse LYON I46. I958.

- KAMMERER : Névrose et troubles caractériels après un traumatisme crânien
STRASBOURG med. 5.IO. 5I9. 522. I954

- KOSUNEN(Esko)-La formation professionnelle des blessés crâniens en FINLANDE
F.M.A.C. HELSINKI I958.

- LAFON. LABAUGE R. Le syndrome subjectif commun des traumatisés crâniens. Les incidences médicolégales sociales et économiques.
MONTPELLIER med. I.68.73. I955.

- LAIRY. L'électroencéphalogramme dans le syndrome subjectif post traumatique
Ann. med. leg. I.3.I2. I954

- LIBERSA . DECROIX J. Les séquelles centrales des traumatismes crâniens fermés. Les anosmies traumatiques
Rev. otoneuroophtal. 30. 22. 28. I. I958.

- MAC BRIDE. Evaluation de l'incapacité temporaire et incapacité partielle temporaire.
Lipnico Cie MONTREAL
5ème Edition I953.

- MACIVER. I.N. LASSMAN. LP THOMSON CW. McLEOD.I.
Treatment of severe head injury
LANCET . 2. 544. 553. I958.

- MARCHAND . Etude médicolégale du syndrome subjectif des Traumatisés crâniens.
Thèse PARIS 590. I956.

- MARIE.P.. La conduite à tenir vis à vis des blessures du crâne.
Les troubles subjectifs consécutifs aux blessures du cr crâne.
Rev. Neurol. 23.4.5. 454. 456. I9I6

- MASCHER W.L. Le problème de l'expertise des suites fonctionnelles de lésions traumatiques du cerveau.
DEUTSCH Med. Wschr.
25.4I4.4I5.4. I958

- MUNSCH Durée moyenne de l'incapacité temporaire et incapacité temporaire partielle après accident du travail.
Thèse STRASBOURG I956.

- NORTHFIELD D.W.C. Head injury Brain injury and it diagnosis.
Brit. Med. J. 38. 40. I. I953

- NORTHFIELD D.W.C. Head injury
Treatnent and sequellae
brit med J. 90. 92.I. I953.

- OLIVIER : syndrone subjectif post connotionnel
Ann. Med. leg. 38.40.I. I958

- OTTINGER. Réadaptation fonctionnelle de 300 accidentés du travail
Thèse STRASBOURG I955

- PANSE F. Aspects Sociaux de l'epilepsie post- traumatique.
F.M.A.C. HELSINKI I958.

- PERES; L'electroencéphalogramme chez les traumatisés crâniens anciens.
Thèse TOULOUSE II5. I953

- PETERSON B.H. The psychiatri sequellae of head injuries.
med. J. Austr 28. 688. 69I. 4. I956.

- PIGNEDE Séquelles lointaines des connotions cérébrales.
L'Encéphale I.436. I930.

- PINGOUD M.R. - Traumatismes crâniens et reclassement professionnel
Thèse Médecine PARIS 968. I959

- PLANQUES. Utilisation Médico-légale de l'électroencéphalogramme
Société de Médecine légale de France
I3. I0 . I952

- PLANQUES. Utilisation médico-légale de l'électroencéphalogramme
Congrés international de langue française de Médecine du travail, médecine sociale, Médecine légale.
STRASBOURG 27. 29 Mai I954

- POROT. Criminalité des blessés du crâne
Congrés Médecine légale I925.

- PUEUCH Traumatismes cranio-cérébraux
LEGRAND (edit. PARIS) I950

- RISER Du syndrone post-connotionnel
Gaz. Med. LYON Ier Avril I939.

- RISER. PLANQUES. GAYRAL Le syndrone subjectif des traumatismes du crâne. Considérations pratiques
Rev. otoneuroophtal 26. 9. 455. 46I. I954

- RITCHIE RUSSEL Incapacités causées par blessures du cerveau
J. Neurol. Neurossurg. psychiat. I. I4.35.39 I95I

- ROCHE- Réparation et reclassement des traumatismes crâniens.
Ann. Med. leg. 5. 267. 270. I957.

- RUSSEL W.R. Studies of head injury
Brit. Med; Bull IO;I.65.68.I954.

- STAHR (Bodo): Problènes sociaux que posent les traumatisés crâniens
F.M.A.C. HELSINKI. I59.I80. I958.

- SIMONIN : Précis de Médecine du travail.
-Medecine légale judiciaire.
edit. Maloine PARIS I955.

- THIEBAULT: Les séquelles des traumatismes crâniens de guerre et de Paix
Rev. Prat. I3. 809. 8I8. I952.

- THUREL : Traumatisnes crâniocerébraux. Expension scintifique française.(edit.) I958

- TOURAINE : Séquelles éloignées des Traumatismes crâniens statistiques
Thèse LYON 205. I945.

- TRILLOT : Diabète insipide après traumatisme crânien
Ann. Med. leg. 5.3II.3I3. I957.

- VALTON : Reniseau Travail des déficients
Arch. mal. Prof. 3. 306. I958.

- VERGNAS : Contribution à l'étude des séquelles de 500 Traumatisés crâniens
Thèse BORDEAUX I44 . I957

- WERTHEIMER - TOURAINE Les résultats éloignés des traumatismes crâniens de la pratique Civile.
Presse Med. 55 .I4I. I42. I947

- ZABOROWSKI : Sequelles psychiques des Traumatismes crâniens de l'enfance.
Problènes étiologiques et Médico-Légaux
Thèse PARIS I944.

T A B L E des M A T I E R E S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

INTRODUCTION ..... Page 1

CHAPITRE I ..... " 6

I - Les problèmes médicaux et humains posés par le traumatisme crânien ..... " 6

II- Législation . ..... " 19

QUESTIONNAIRE ..... " 32

CHAPITRE II ..... " 35

I - Les Résultats de notre Enquête..... " 35

II - Causes de l'Accident ..... " 42

III - Les conséquences du traumatisme ou le devenir des traumatisés crâniens..... " 47

CONCLUSIONS ..... " 90

BIBLIOGRAPHIE ..... " 92

-:-:-:-:-